Q. 7.37

P. 7. 37.

R32641

DE LA GROSSESSE

COMPLIQUÉE

DE KYSTE OVARIQUE

DU MÊME AUTEUR

De l'influence de la grossesse sur la marche des maladies du cœur. (Thèse de Nancy, 1880.)

Note sur un cas de rétroversion de l'utérus gravide. (Revue médicale de l'Est, 1884, 153, 214.)

Contribution à l'étude des lésions syphilitiques tertiaires du vagin. (Revue médicale de l'Est, 1881, 513, 562, 628.)

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine, 52, rue Madame et rue Corneille, 3

DE

LA GROSSESSE

COMPLIQUÉE

DE KYSTE OVARIQUE

PAR

Le Docteur S. REMY

Lauréat (prix de thèses, 1880),
Ancien chef de clinique d'accouchement de la Faculté de Nancy.

ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS, EDINR. LIBRARY

PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLÈRE ET FILS
Rue Hautefeuille 19, près le boulevard Saint-Germain.

1886

DE

LA GROSSESSE

COMPLIQUÉE DE KYSTE OVARIQUE

INTRODUCTION.

La grossesse, dans son sens le plus général, « est l'état d'une femme qui a conçu », « l'état d'une femme qui porte un œuf fécondé »; telle est la définition que donne notre maître, M. le professeur Herrgott. « Elle dure depuis le moment où l'ovule est fécondé jusqu'au moment où l'œuf après avoir accompli son évolution est détaché de l'organisme maternel ». Telle est aussi la définition de MM. Tarnier et Chantreuil (1) qui entendent par grossesse ou gestation « l'état qui commence au moment de l'union des germes mâle et femelle et finit avec l'expulsion du produit de la conception ». Dans les conditions normales l'ovule fécondé traverse d'abord la trompe de Fallope, pénètre dans la cavité utérine, s'y greffe, s'y développe pendant neuf mois environ. Au bout de ce temps, sous l'influence de contractions, l'œuf, constitué par le fœtus et ses annexes, est expulsé, séparé de la mère. Tant que fœtus et annexes sont enfermés dans l'organisme

(1) *Traité de l'art des accouchements*, t. I, p. 180.

féminin, la femme est grosse, il y a grossesse, il y a gestation. Pendant de longs mois l'utérus se prête au développement, à l'expansion de l'œuf; ses tissus s'hypertrophient, sa vascularisation prend des proportions extraordinaires : tout est préparé pour la nutrition et la conservation de l'être nouveau qu'elle renferme. La tunique musculaire traduit déjà son activité par des contractions isolées, espacées, non douloureuses, et cela pendant le cours de la gestation, mais à un moment donné, cette activité du muscle utérin entre définitivement en jeu. Les contractions se rapprochent, elles sont énergiques, elles sont douloureuses : la femme est dans les dernières heures de sa grossesse. A ce temps caractérisé par ce phénomène *contraction*, qui doit s'accentuer de plus en plus et qui doit séparer le fruit de sa mère, on a donné le nom de période d'expulsion, de travail ou accouchement.

Comme on le voit la grossesse peut donc être divisée en deux temps, en deux périodes. Dans la première période l'utérus semble silencieux, il suit le développement de l'œuf; cette période est de lougue durée. Dans la seconde période l'utérus semble sortir de sa torpeur ; ses propriétés physiologiques ont acquis leur plus haute puissance : il entre en action pour se débarrasser du produit de conceptíon arrivé à sa maturité. Cette période est moins longue que la première, elle ne dure que quelques heures. Ce sont les phénomènes nouveaux qui sont survenus qui la caractérisent, qui en font un temps à part; mais pendant tout ce temps l'œuf conserve ses connexions avec l'organisme maternel. Pendant tout ce temps les échanges continuent entre la mère et l'enfant. Celui-ci puise toujours dans le sang de la mère et l'oxygène nécessaire à sa respiration, et les fluides nutritifs qu'il assimile. Quand l'enfant enfin est sorti des organes génitaux, il fait une première respiration et vit de sa vie propre, ses annexes suivent bientôt et, la mère séparée de son fruit passe de l'état de grossesse à l'état auquel on a donné le nom de *suites de couches* ou *état puerpéral*. La grossesse, dans son véritable sens, comprend donc et la période de *conservation* et la période *d'expulsion* du fœtus. Aussi longtemps que la mère porte son fruit, aussi longtemps dure la grossesse.

L'ovule fécondé peut s'arrêter avant d'arriver à la cavité utérine ; s'il se développe, la grossesse est *extra-utérine*, elle peut se prolonger de longues années parce que la période d'expulsion ne peut se faire comme dans l'état normal. Tant que l'enfant vit, on peut dire qu'il y a grossesse. Une fois mort, il est un corps étranger, c'est un kyste fœtal, une grossesse ancienne.

Nous avons tenu à définir ce qu'il fallait entendre par grossesse en donnant à ce mot le vrai sens qu'il renferme, cela était nécessaire avant d'aborder l'étude d'une des nombreuses complications qui peuvent troubler cet état physiologique. Cela était encore nécessaire parce qu'on donne souvent de la grossesse une autre définition qui ne comprend le terme de grossesse que dans un sens restreint. Ainsi pour Naegele et Grenser (1) « la grossesse commence au moment de la conception et dure jusqu'au début du travail ». On retrouve dans plusieurs traités une définition semblable. Cette définition au point de vue philosophique est incomplète ; c'est pourquoi nous ne pouvions l'accepter comme base de notre étude, qui, établie sur elle, aurait été incomplète. Mais, nous comprenons l'utilité de cette définition pour les traités où l'on doit souvent diviser ce qui ne forme qu'un tout dans la nature, afin de rendre l'exposition plus simple, plus facile. Le travail avec ses phénomènes particuliers demande une étude spéciale, un chapitre spécial. On l'étudie séparément, quand on a terminé l'exposition des multiples modifications que produit l'état gravidique dans l'organisme maternel. C'est dans ce sens qu'on peut donc accepter cette définition de Nœgele.

Nous devons étudier : *De la grossesse compliquée de kyste ovarique*, c'est-à-dire rechercher comment un kyste de l'ovaire par sa présence, par sa situation, son volume, ses accidents, peut troubler le cours de la gestation, causer des malaises, des accidents, nuire au développement de l'œuf, provoquer son expulsion avant le terme normal de la gestation. Nous devrons rechercher aussi comment un kyste ovarique peut compliquer le temps de l'expulsion, créer des difficultés, des obstacles à la sortie de

(1) *Traité de l'art des accouchements.* (Trad. Aubenas, 2e édition, 1880, p. 86.)

l'enfant et de ses annexes. Notre rôle de médecin nous imposera aussi l'obligation de rechercher comment il faut reconnaître la cause des complications que nous voyons survenir, et surtout le moyen de prévenir les dangers, les accidents qui pourraient arriver, et quand nous sommes appelés à les constater, les moyens qu'il faut employer pour y remédier.

Nous avons parlé jusqu'ici de la grossesse, nous devons maintenant dire ce que nous devons entendre par kyste ovarique.

Ce n'est pas une étude générale des kystes de l'ovaire que nous avons à faire, nous sortirions de notre sujet. Nous devons nous placer au point de vue obstétrical, tirer de l'histoire des kystes les notions qui sont nécessaire pour comprendre l'influence que peuvent avoir sur la grossesse et l'accouchement ces tumeurs, qui se développent dans le voisinage de l'organe renfermant le produit de conception.

CONSIDÉRATIONS SUR LES KYSTES DE L'OVAIRE.

Les kystes, d'après Broca (1), sont des tumeurs chroniques constituées par des cavités closes, anormales ou anormalement développées dont les parois sont en rapport de *continuité* par leur surface extérieure avec les tissus vasculaires environnants, et en rapport de simple *contiguïté* par leur surface interne avec une substance le plus souvent liquide ou molle, quelquefois organisée et vivante, mais toujours indépendants de la circulation générale. Ce sont les kystes de l'*ovaire* qui doivent nous occuper.

Les kystes qui peuvent compliquer la grossesse peuvent être divisés en :

Kystes uniloculaires ;
Kystes multiloculaires ;
Tumeurs kystiques ;
Kystes dermoïdes ;
Kystes hydatiques.

Si, au point de vue anatomo-pathologique, on peut établir des divisions plus simples, elles ne pouvaient actuellement nous servir pour l'étude que nous avons à faire au point de vue obstétrical. Car pour les cliniciens, il est nécessaire d'avoir une division qui puisse grouper les différents faits qui peuvent présenter quelque analogie, quelque ressemblance, et nous pourrions à notre point de vue n'admettre que deux divisions : les kystes à une seule loge et les kystes à plusieurs loges. Car, si

(1) *Traité des tumeurs*, t. II, p. 12.

les kystes doivent produire des accidents, des dangers, des difficultés par le fait de leur volume, il sera possible en évacuant le contenu de ces kystes, d'écarter tous les malaises, les dangers qui résultaient de ce volume; or, quand le kyste n'a qu'une loge, une seule ouverture, une seule ponction pourrait suffire pour amener l'évacuation du contenu kystique, et pour réduire de cette façon cette tumeur dont le volume était la cause des dangers qu'il fallait combattre. Tandis qu'au contraire, si la tumeur est composée de loges multiples, le même traitement ne serait plus aussi efficace : on pourrait bien, par la ponction, réduire le volume d'une loge, mais pour arriver à faire disparaître complètement le volume de ce kyste multiloculaire, il faudrait pouvoir faire autant de ponctions qu'il y a de loges. Comme nous le montrera la suite de cette étude, nous verrons que c'est principalement par son volume que la tumeur ovarique compliquera la gravidité et le travail. Un kyste prend-il un développement important, en même temps que l'utérus subit son augmentation de volume sous l'influence de la grossesse; il en résultera une telle distension de l'abdomen, que toutes sortes de malaises en seront la conséquence. Un kyste met-il obstacle à la progression du fœtus, le traitement qui conviendra ici, la réduction du volume du kyste, conviendra aussi dans la première hypothèse.

Mais cette division des kystes, simplement en kystes uniloculaires et en kystes multiloculaires, nous exposerait à négliger d'autres facteurs qui, eux aussi, ont leur importance, par exemple, la structure des parois, la nature du contenu; c'est pourquoi nous ne pouvons la suivre.

Aussi, nous prendrons plutôt la division que nous avons d'abord indiquée, parce qu'elle nous permettra d'y faire rentrer les différents faits que les accoucheurs ont pu rencontrer.

Nous ne nous occuperons pas des ovaires kystiques ou kystes en miniature de Cruveilhier, parce que ces kystes provenant soit d'hydropisie d'un follicule de Graaf, soit d'une formation kystique plus ou moins régulière, soit de transformation d'un corps jaune, d'un foyer hématique, n'acquièrent jamais de dimensions considérables. Ils ne présentent qu'un intérêt anatomo-pathologique. ils ne sont pas d'un volume suffisant pour qu'on puisse dire

qu'ils compliquent la grossesse. Nous commencerons par les kystes que l'on rencontre le plus souvent du côté de l'ovaire, et qu'on a l'habitude de désigner simplement par la dénomination de *kystes de l'ovaire*, tandis que les kystes dermoïdes et les kystes hydatiques sont toujours désignés par ces qualificatifs, dermoïde et hydatique, qui indiquent leur nature, leur composition.

Kystes uniloculaires. — On divise, en général, les kystes ovariques en *uniloculaires* et *multiloculaires*. Cette distinction, qui est utile à conserver dans le sens chirurgical du mot, est, d'après les histologistes, tout à fait illusoire, au point de vue anatomo-pathologique, puisque dans les cas où il n'existe qu'une seule poche apparente, on rencontre dans l'épaisseur des parois de petites cavités secondaires. Sur 60 kystes examinés par Malassez et de Sinety (1) pas un seul n'était uniloculaire, anatomiquement parlant. Ces petits kystes, qu'on trouve sur les parois, échappaient souvent au chirurgien; c'est ce qui explique l'opinion de Bauchet et des auteurs de son temps sur la plus grande fréquence des kystes uniloculaires. Ranvier (2) dit à cet égard: « On rencontre quelquefois un kyste ovarien unique ayant acquis un volume considérable et dont la paroi est formée simplement par le feuillet péritonéal, une couche de tissu conjonctif lamellaire et un revêtement épithélial interne. On serait tenté de considérer ces tumeurs comme résultant d'une hydropisie et d'une dilatation considérable d'un follicule de Graaf. Mais rien ne le prouve, et, au contraire, tout porte à penser que ces kystes résultent de la réunion en un seul de plusieurs kystes préexistants et qu'il s'agit d'un mode particulier de la dégénérescence kystique de l'ovaire. »

Kystes multiloculaires. — *Kystes gélatiniformes, kystes prolifères, épithéliome myxoïde.* — Ils sont constitués par un plus ou moins grand nombre de poches distinctes, l'une d'elles est

(1) *Sur la structure, l'origine*, etc. (*Arch. de physiol.*, 1878 et 1879, 1881.)
(2) *Manuel d'histologie pathologique*, t. II, p. 688, 1884.

généralement plus développée. Le kyste est pauciloculaire quand il possède deux ou trois cavités principales, multiloculaire, et aréolaire quand le nombre des loges est très grand.

Nous en donnerons la description d'après Ranvier (1).

« Ces kystes multiloculaires ou aréolaires contiennent généralement un liquide muqueux. Leur volume est variable, mais il est en général considérable. Ils sont plus ou moins régulièrement sphériques, les kystes secondaires faisant une saillie plus ou moins distincte. Ces tumeurs sont généralement pédiculées ; le pédicule, assez épais, est formé par le ligament utéro-ovarien augmenté de volume et parcouru par de gros vaisseaux. L'artère ovarienne en particulier est devenue très volumineuse.

« Lorsqu'on sectionne une tumeur de cette espèce, on voit qu'elle est constituée par plusieurs grands kystes ou par des loges plus ou moins volumineuses. Lorsqu'il n'y a qu'une grande poche et que le kyste paraît être uniloculaire, on trouve toujours, dans un point de sa paroi, spécialement au niveau du pédicule, un épaississement où l'on observe de petits kystes secondaires en voie de formation. Il n'existe plus aucun vestige de l'ovaire normal.

« La paroi des grandes poches présente trois couches dinstinctes : l'externe et l'interne sont fibreuses; la moyenne, interrompue par places, est formée de tissu conjonctif lâche. Les artères, souvent hélicines, sont situées dans la couche moyenne, ainsi que les veines, qui cependant siègent aussi dans la couche externe. Les veines sont volumineuses et présentent des parois épaisses, très musculaires, ce qui les a fait souvent prendre pour des artères. La disposition des veines est parfois comparable à celle des sinus de la dure-mère. Les lymphatiques très nombreux, étudiés par Malassez et Sinéty à l'aide d'injections au nitrate d'argent, se continuent avec ceux des ligaments larges. Les faisceaux musculaires sont quelquefois très développés dans la paroi du kyste.

« La surface externe des kystes de l'ovaire est tapissée d'une couche d'épithélium cylindrique bas tout à fait différent de celui du péritoine.

(1) *Loc. cit.*, p. 688.

« La membrane interne des poches kystiques, qui est presque constamment le siège de végétations papillaires ou verruqueuses, est tapissée par un épithétium. Cet épithélium s'implante sur une membrane formée par une couche endothéliale d'après Malassez et de Sinety (1), aux travaux desquels nous empruntons la plupart des détails histologiques concernant ces tumeurs. Que la paroi interne des kystes présente ou non des végétations, elle est tapissée d'une couche simple d'épithélium cylindrique. Ces cellules subissent très souvent, en totalité ou en partie, une dégénérescence muqueuse. Les unes deviennent caliciformes; elles sont réduites à une cupule à paroi mince, présentant u noyau en leur point d'implantation, et leur cavité contient et sécrète constamment un liquide muqueux. D'autres deviennent sphéroïdales ou sphériques et se creusent de cavités contenant aussi du mucus. En tombant dans la cavité du kyste, elles se détruisent et augmentent la quantité du liquide muqueux qui y est contenu. On a rencontré aussi quelquefois des cellules à cils vibratiles.

« Par l'imprégnation d'argent, on voit très bien, sur une surface, les figures présentées par l'extrémité ouverte des cellules caliciformes, et, après avoir chassé mécaniquement ces cellules, on peut imprégner de même les grandes cellules d'endothélium qui sont placées au-dessous. Par ce procédé, on met aussi en évidence l'épithélium des capillaires de la paroi kystique et on apprécie la situation superficielle de ces vaisseaux.

« Le contenu des kystes consiste en un liquide muqueux ou gélatineux qui se coagule par l'alcool, se gonfle ensuite et reprend sa transparence dans l'eau. Les cellules qui s'y trouvent sont disposées sans ordre au milieu de la masse colloïde, ou bien elles sont disposées en rangées parallèles. Ce sont des cellules caliciformes disposées en séries comme si elles venaient d'être desquamées, ou bien des cellules sphériques, ou des cellules rameuses à prolongements multiples, ressemblant à celles du tissu muqueux, bien qu'il n'y ait pas de formation de tissu muqueux à l'intérieur des kystes. On y observe des amas de cellules en dégénérescence graisseuse.

« Ce liquide, d'après Méhu, contient de grandes quantités d'al-

bumine, de la métalbumine et de la paralbumine ; c'est cette dernière substance qui lui donne sa consistance gélatiniforme. Eichwald y a trouvé encore de la peptone albumineuse, de la mucine et de la peptone muqueuse. Ces différentes substances sont le produit de la filtration de l'albumine du sang et de l'élaboration spéciale des cellules caliciformes. Exceptionnellement on y trouve du sucre et de l'urée.

« Le contenu des kystes qui sont tapissés par des villosités très vascularisées est souvent mélangé avec du sang qui lui donne une couleur brune où chocolat ; il peut y avoir aussi une grande abondance de cellules lymphatiques et une véritable suppuration, surtout à la suite d'une ponction ou d'un traumatisme.

« Les kystes peuvent communiquer entre eux par une ouverture circulaire qui se fait dans le point opposé à l'arrivée des principaux vaisseaux, c'est-à-dire là où la paroi était primitivement le plus mince et le moins vascularisée. Rien ne prouve qu'un kyste unique d'abord puisse se diviser ; il est certain au contraire, que des kystes voisins s'ouvrent l'un dans l'autre et communiquent entre eux par suite de l'amincissement et de la rupture des cloisons de séparation.

« Le tissu conjonctif, qui sépare plusieurs kystes ainsi constitués, présente habituellement lui-même de petits kystes, en voie d'accroissement, situés dans son épaisseur, et qui offrent à considérer les mêmes détails de structure que les précédents ; ces kystes font saillie dans la cavité des premiers lorsqu'ils augmentent de volume.

« On observe quelquefois par places une dégénérescence graisseuse de l'épithélium ou des parois.

« Les tumeurs très anciennes montrent un épaississement fibreux cartilaginiforme de leurs parois ; le tissu conjonctif est alors incrusté de sels calcaires, et le kyste renferme une bouillie blanchâtre formée de cellules en dégénérescence graisseuse, de granulations calcaires et de cristaux de cholestérine.

« Les tumeurs de ce genre ne se généralisent pas. Cependant il existe des cas exceptionnels où elles ont revêtu le caractère de tumeurs malignes et se sont généralisées à l'utérus, au rectum et à la cavité péritonéale. »

Que les kystes soient complètement libres dans la cavité péritonéale ou qu'ils soient inclus dans le ligament large, comme les kystes intraligamentaires ovariens, du moment que leur point d'origine est l'ovaire, ils rentrent dans notre sujet. On sait que ces kystes ovariens ligamentaires peuvent, en dédoublant les ligaments larges, arriver en contact avec le plancher pelvien. Ils déplacent (1) le plus souvent l'utérus, qui est en antéposition et est remonté au-dessous du pubis.

Tumeurs kystiques. — Nous croyons devoir les faire rentrer dans notre sujet, parce que MM. Malassez et de Sinety, qui les ont étudiées dans leur mémoire sur les kystes de l'ovaire, font remarquer que les cavités kystiques étaient tapissées par un revêtement épithélial semblable à celui des kystes proprement dits, et que la différence portait uniquement sur l'importance des parties solides. Celles-ci étaient constituées, soit par du tissu fibreux ou fibromusculaire, ou fibro-sarcomateux; dans certains cas, une sorte de tissu muqueux envahissait en détruisant peu à peu et le stroma et les cavités kystiques. « On peut admettre, disent MM. Malassez et de Sinety (2), que certaines tumeurs kystiques ont toujours eu la structure que nous leur voyons, qu'elles ont toujours été tumeurs kystiques; mais, les analogies de structure qu'elles présentent avec les kystes proprement dits, les formes intermédiaires que l'on observe, la marche clinique de quelques-unes d'entre elles semblent prouver qu'elles peuvent également provenir d'une transformation de kystes proprement dits. » Donc, si ces caractères d'ordre histologique nous ont permis d'admettre dans notre étude ces tumeurs kystiques où l'élément *kyste* domine, en même temps qu'il existe un degré d'épaisissement local avec tendance histologique vers une forme plus ou moins maligne, nous ne devrons pas aller plus loin; parce que d'après de Sinety, s'il est impossible aujourd'hui de tracer une ligne de démarcation entre les

(1) Vautrin. Thèse de Nancy. 1885. *Etudes sur les kystes intra-ligamentaires.*

(2) *Archiv. de physiol.*, 1881, p. 268.

kystes et le cancer de l'ovaire, nous irions jusqu'à admettre les cancers kystiques, les fibromes kystiques, ce qui ne peut se faire, parce que nous tomberions dans la question des tumeurs solides de l'ovaire (qui peuvent être creusées de loges), dans leurs rapports avec la gestation.

Si la limite entre les tumeurs solides et liquides n'est pas facile à établir, nous devons donc nous attacher spécialement aux caractères généraux des kystes en évitant d'accepter les tumeurs qui par leur consistance, la plus grande partie de leur tissu, l'élément histologique dominant doivent être rangées dans les tumeurs solides de l'ovaire.

Kystes dermoïdes. — Ces kystes méritent une mention toute spéciale en raison de leur fréquence relativement grande comme complication de la grossesse et de l'accouchement. Nous avons trouvé 58 cas de kystes dermoïdes existant en même temps que la grossesse. On sait que leur volume est généralement celui d'une orange : Nous aurons l'occasion de démontrer que les kystes peu volumineux sont parfois la cause de grandes difficultés et que parmi ceux qui mettent un obstacle à l'engagement de l'enfant, on trouve bien des fois des kystes dermoïdes. On peut aussi rencontrer des kystes dermoïdes volumineux; Hein (1) en a observé un pendant une grossesse qui avec l'utérus gravide produisait un élargissement considérable de l'abdomen, au point de rendre la respiration très gênée ; comme, d'autre part, ils peuvent ne présenter que le volume d'un œuf. Ces productions ont été appelées kystes dermoïdes parce qu'elles contiennent un certain nombre d'éléments cutanés. On y trouve également des dents, des muscles, des nerfs. On a remarqué que quelques-uns de ces kystes étaient dermoïdes sur certains points et présentaient sur d'autres la structure des kystes simples.

Ils sont le plus souvent uniloculaires ; les parois sont *épaisses* ou peuvent être *minces*. Leur paroi interne a la structure de la

(1) *Berl. Beiträge zur Geburtsh. und Gyn.*, Bd. I, 1872, p. 95.

peau, elle est tapissée du même épithélium pavimenteux que celle-ci. On peut rencontrer une couche de tissu adipeux, des glandes sébacées et sudoripares. La surface interne est lisse ou recouverte de saillies mamelonnées. On trouve souvent des poils accompagnés de glandes sébacées.

Quand au contenu il est généralement composé d'une matière grasse, jaunâtre, rappelant la consistance et l'aspect de l'axonge, qui leur a fait donner le nom de tumeurs graisseuses. Il existe souvent dans un même ovaire des kystes pileux et d'autres remplis de matière adipeuse. Quand nous aurons rappelé qu'on trouve aussi des os, des dents, du tissu cartilagineux, nous aurons montré que certains de ces kystes peuvent jouer le rôle de tumeurs solides sur lesquelles la ponction sera sans effet. C'est leur irréductibilité qui sera l'élément important au point de vue obstétrical.

Kystes hydatiques. — Les kystes hydatiques de l'ovaire sont extrêmement rares. De petits kystes simples plus ou moins pédiculés ont dû plus d'une fois être pris pour des kystes hydatiques. Aussi, Haller dit en avoir trouvé fréquemment, tandis que leur existence paraît problématique à Boinet. Cependant ils sont admis, mais considérés comme exceptionnellement rares. On a pu noter leur coexistence avec la grossesse; nous citons plus loin le cas du Dr Granville. M. Charcot, dans son mémoire sur les kystes hydatiques du bassin en rapporte deux cas. Fort a rapporté un cas de kyste hydatique suppuré pendant la grossesse.

Ces kystes hydatiques de l'ovaire présentent les mêmes caractères, le même contenu que les kystes hydatiques en général. Leurs caractères propres sont bien difficilement appréciables, quand ces tumeurs descendent dans le pelvis, en raison de la situation qu'ils occupent.

Il nous reste à dire quelques mots sur les kystes en général. On a vu des kystes rester stationnaires pendant des années, quelquefois même pendant toute la durée de l'existence. Ce sont surtout les kystes dermoïdes qui présentent cette disposition à rester stationnaires.

Cependant les kystes ont plutôt une tendance à toujours s'accroître. Ils augmentent de volume, et forment la plupart du temps une masse très volumineuse, atteignant d'après Cazeaux, comme poids moyen de 5 à 10 kilogrammes ; mais ce poids est souvent dépassé. Pendant la gestation, on a pu retirer jusqu'à 40 litres de liquide d'un kyste ovarique. Le volume que l'on trouve souvent indiqué dans les observations, est celui d'une orange, du poing, d'une tête de fœtus, d'une tête d'adulte. Dans les descriptions, il est noté que la tumeur était tantôt régulière à la surface, tantôt déformée par des bosselures saillant plus ou moins (kyste multiloculaire).

Ces notions de volume, d'accroissement de la tumeur ont une grande importance au point de vue obstétrical comme on pourra le voir plus loin.

Nous pourrions aussi faire remarquer que le caractère malin de certains kystes de l'ovaire, de la variété végétante qui contracte facilement et rapidement des adhérences et qui aussi dans la majorité des cas, devient rapidement inopérable, ne doivent pas rester sans influence sur la grossesse. Nous ne discuterons pas l'hypothèse émise par Vernich (1) que la grossesse pouvait transformer une tumeur bénigne de l'ovaire en tumeur maligne. Les recherches si importantes de Malassez et de de Sinety nous permettent de comprendre comment on a pu croire à cette transformation.

Il est des transformations des kystes que l'on observe de temps en temps, il n'est pas rare de les voir également pendant le cours de la grossesse ou de l'accouchement, pouvant devenir de véritables complications sérieuses.

L'hémorrhagie, qui se produit surtout dans les formes papillaires. On a noté souvent un contenu chocolaté.

Si l'épanchement sanguin se produit rapidement, la tumeur peut augmenter sensiblement de volume.

L'inflammation. — Elle entraîne comme conséquence la suppuration de la cavité. Elle apparaît rarement spontanément le plus souvent après la ponction ou un traumatisme. C'est un

(1) *Berl. Beiträge zur Geb. und Gyn.*, II, p. 146.

accident qu'on a assez fréquemment observé pendant la grossesse, mais surtout pendant la puerpéralité.

Perforation de la poche, qui se produit sous l'influence d'abcès, de gangrène, sous f'influence d'une pression, d'un traumatisme, mais surtout, d'après de Sinety, par l'action de végétations papillaires qui usent et perforent les parois. Le liquide peut s'épancher dans la cavité péritonéale, ce qui est grave, ou s'écouler dans la cavité d'un viscère.

Torsion du pédicule. — Le nombre de tours est variable, le kyste tourne sur son axe et le pédicule subit une torsion sur lui-même. Les résultats qu'entraîne cet accident sont la congestion, de la tumeur, des hémorrhagies quelquefois mortelles, et une gêne circulatoire telle que le kyste se grangrène (Thornton), ou même se détache.

C'est un accident grave qui a été remarqué un certain nombre de fois pendant la grossesse.

Après ces quelques mots sur les kystes de l'ovaire, nous devons dire qu'il nous arrivera, pour éviter la répétition du même mot, d'employer souvent les termes *tumeur kystique* et *tumeur* simplement dans le sens de kyste proprement dit. Nous nous sommes asssz expliqué pour qu'une confusion ne soit possible.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE.

L'histoire des kystes de l'ovaire est toute moderne. Autrefois on se bornait à localiser les hydropisies dans les organes génitaux, dans l'utérus, c'était le règne des hydropisies de la matrice. Ce fut au XVIIe siècle que, grâce à Riedlin, Morgagni, etc., on reconnut que l'organe hydropique n'était pas autre chose que l'ovaire. En 1685, Th. Schorhopff publiait une thèse sur l'hydropisie de l'ovaire. Depuis ce moment de nombreux travaux ont été publiés sur cette question; les recherches patientes sur la nature des kystes, leur structure histologique, leurs variétés, des faits cliniques, divers procédés de traitement ont fait de cette affection de l'ovaire un chapitre des plus complets et des plus intéressants. Mais ce kyste de l'ovaire pouvait à un moment donné compliquer une grossesse; l'utérus pouvait être gêné dans son développement par le kyste qui se développe à ses côtés. Pendant le siècle qui suivit la découverte de cette affection on ne trouve rien sur cette coexistence possible d'un kyste et d'une grossesse ; les auteurs, s'ils l'ont rencontrée, ils ne l'ont point signalée.

Aussi peut-on dire que l'étude de la grossesse compliquée de kyste ovarique appartient à ce siècle. Au XVIIIe siècle on trouve déjà quelques notions sur ce sujet, mais aucun travail sur la question ne surgit. Ce n'est qu'au commencement du XIXe siècle que vont apparaître les premiers mémoires sur la question.

La plus ancienne observation (1707), que l'on peut trouver appartient à Schamberg (1), qui relate le cas d'une femme qui mourut pendant le travail, et à l'autopsie de laquelle on trouva un hyste étendu de l'ovaire. Puis en 1765 vient l'observation de Doeveren (2). Celui-ci dans un cas d'accouchement compliqué

(1) Naboth, *de sterilitate*, 1707.
(2) *Spect. observ. Acad.*, cap. XII, Groeningae, 1765.

de kyste ovarique fit la version, mais sans succès, pour la mère et pour l'enfant.

On peut placer, après ces deux premiers documents, l'observation de Baudelocque et Lauverjat qui se place en 1777, rapportée dans le mémoire de Lauverjat sur la nouvelle méthode de pratiquer l'opération césarienne et dans le traité d'accouchement de Baudelocque (1) : la tumeur avait été prise pour une exostose : on ne comptait plus que sur l'opération césarienne quand la version réussit.

Dans les premières années de ce siècle, on trouve encore quelques observations publiées isolément auxquelles on peut ajouter les deux cas indiqués par Denman dans son introduction à la pratique, cas que lui avait communiqués Ford, celles de Walton, de Jarritt, de Burns, de Coley. Ce sont ces cas qui ont fait le sujet de deux mémoires intéressants de Park (2) et de Merriman (3) qui avait pu déjà réunir dix-huit observations de tumeurs de l'ovaire metttant obstacle à l'accouchement. Burns (4), à son tour, reprend la question si importante du siège occupé par le kyste et étudie particulièrement le traitement.

C'est dans le même sens que Blundell (5) fit ses recherches, surtout au sujet du traitement pour les tumeurs qu'il nomme recto-vaginales, lesquelles neuf fois sur dix, d'après lui, sont d'origine ovarienne. L'observation de Mme Lachappelle, t. III, p. 383, citée par Doumairon, est loin de nous paraître un kyste, puisqu'on trouve à l'autopsie que « les deux ovaires sont *tuméfiés* », ce qui n'a guère de valeur au point de vue anatomo-pathologique. A la page 311 est une observation de kyste dermoïde.

Velpeau (6), en 1835, traite de cette question toujours au point de vue seul de l'accouchement, et le sujet était encore effleuré en 1819 par Fremery (7) et en 1836 par Hamilton (8).

(1) 3e édit., p. 375, en 1796.
(2) *Med. chir. Trans.*, vol. II, 1813.
(3) *Med. chir. Trans.*, vol. X, 1819, et vol. III.
(4) *Princip. of midwif.*, p. 35.
(5) *The Lancet*, 1828, vol. II, p. 516.
(6) *Traité de l'art des accouchements*, 1835, vol. II, p. 204.
(7) *Diss. Traj. ad. Rhen.*, 1819.
(8) *Pract. observations on various subjects relating to Midwifery*, *Edimb.*, 1836, vol. I, p. 71.

En 1840, parut à Heidelberg, l'excellente thèse de Bennone Rudolph Puchelt (1), élève de Nægele. Cette thèse renferme un chapitre très complet sur la question ; l'auteur a pu réunir vingt-quatre observations dont les dix-sept premières concernen des affections ovariennes bien décrites. Comme l'indique le titre, l'auteur s'occupe spécialement des tumeurs qui siègent dans le bassin et qui mettent un obstacle à l'accouchement. Il analyse ces observations tirées surtout de la littérature anglaise et en ajoute un cas qu'il a observé. Son travail bien complet a servi de base aux chapitres renfermés dans les traités de l'époque, et il n'est pas un mémoire sur la question qui n'ait tenu un grand compte des recherches de Puchelt.

L'attention était attirée sur ce sujet; bien des accoucheurs s'étaient trouvés aux prises avec les difficultés créées par les tumeurs pelviennes. Aussi voit-on, à partir de cette époque, les observations se multiplier dans les journaux de médecine.

Moreau (2), en 1841, attachait une grande importance à cette question et rapporte un cas très intéressant.

Litzmann (3), ayant eu l'occasion d'observer un cas, put, en 1852, à cette occasion, rassembler 16 cas, en rapprocha les cas décrits par Puchelt et étudia la question de l'accouchement en se servant de 57 observations. Mais, comme les autres auteurs, il ne s'occupe pas exclusivement des kystes de l'ovaire, son mémoire renferme 6 cas de carcinomes (4).

En 1854 (5), Hirsch peut réunir 92 cas d'accouchements compliqués de tumeurs de l'ovaire observés chez 75 femmes. Son sujet est déjà plus étendu, il étudie l'influence des kystes de l'ovaire sur la conception, la gravidité et le travail, tout en s'attachant surtout aux complications causées par les tumeurs siégeant dans le bassin. Cependant on voit déjà s'élargir le cadre de la question. Litzmann avait déjà signalé cette complication de

(1) *De tumoribus in pelvi partum impedientibus.*

(2) *Traité pratique des accouchements*, 1838, t. II.

(3) *Deutsche klinik*, 1852, p. 456.

(4) Nous avons fait de vaines recherches pour trouver le travail d'Ellinger mentionné par Doumairon ; nous croyons qu'il doit y avoir là une erreur.

(5) *De cystidum ovarii in conceptionem, graviditatem, partum efficacitate. Berl. Diss.*)

la grossesse. Jetter (1), en 1861, entre dans la même voie et étudie cette complication de la grossesse avec les observations de 165 femmes qui eurent ensemble 215 accouchements. Cette thèse a été longtemps le travail le plus complet sur la question. Les statistiques qu'elle renferme ont permis d'apprécier la gravité de cette complication; les difficultés du travail y sont étudiées, ainsi que les différents modes de traitement analysés.

Quelques mémoires ont suivi la publication de Jetter, mais ils ne renferment que la description de quelques cas avec les réflexions qui en découlent. Ce sont les thèses de Sucro (1864), Mœller (1869), Mülberger (1872), J. Brons (1873), Herdegen (1876) (2), Brüntzel (1882), Nolting (1884), Fetscherin (1884).

Les difficultés du travail ont cependant toujours attiré l'attention des accoucheurs : Playfair, en 1867, communiquait à la Société obstétricale de Londres le résultat de ses recherches sur 51 accouchements compliqués de tumeurs ovariennes siégeant dans le bassin et sur le traitement qui avait été employé.

Lomer, dans un mémoire inséré dans les *Archiv für Gyn.*, 1882, reprit la question « de la complication de l'accouchement par les tumeurs ovariques », étude très complète où il est fait surtout mention des kystes ovariques. Après lui, Toporski (3), en 1884, reprit la question du traitement et s'attacha tout particulièrement à l'étude des tumeurs qui ne peuvent être refoulées et qu'il faut traiter par l'incision.

En France, M. Guéniot, en 1866, étudiait dans le *Bulletin de thérapeutique*, un sujet qui avait toujours été négligé, en faisant un excellent chapitre sur « les grossesses compliquées et de leur traitement » ; les kystes de l'ovaire y trouvaient tout naturellement leur place. En 1872, il eut encore l'occasion de s'occuper des difficultés du diagnostic dans les cas de grossesse compliquée de kyste ovarique. Doumairon, en 1868, un élève de M. le prof. Stoltz, reprit cette question des kystes dans leurs rapports avec la grossesse, l'accouchement et les suites de couches, et

(1) *Dissertation Tubing. Ueber den Einfluss der Eierstocksgeschw. auf Concept. Schwangersch. Geburt und Wochenbett.*

(2) Voyez *Bibliographie*.

(3) *Diss. Breslau*, 1884.

publia des observations de son maître et celles de M. Kœberlé. La question fut de nouveau traitée au point de vue des tumeurs ovariennes en général par Treille, en 1873. Nous serions entraîné trop loin si nous voulions citer tous les travaux qui, en France et à l étranger, ont touché de plus ou moins près à cette question; les indications se trouvant dans le cours de cette étude nous en dispenseront.

Nous devons faire mention tout spécialement de la thèse de Heiberg (1), qui est une étude très bien faite et très complète de la question de la grossesse compliquée de tumeurs de l'ovaire. L'auteur a réuni tous les cas publiés depuis 1860, les a analysés très attentivement. Il y ajoute 10 observations nouvelles.

Olshausen, dans son *Traité des maladies des ovaires*, avait avant Heiberg consacré un chapitre intéressant à cette question, en y ajoutant les cas de sa pratique.

Jusqu'à présent notre attention, par ces différents travaux, a été attirée principalement sur le temps du travail, sur les difficultés qui s'y rencontrent, le traitement qui doit être dirigé contre cette variété de dystocie. C'est sur ce point qu'ont été publiés les premiers mémoires sur ce sujet.

Mais on devait s'apercevoir que la grossesse, dans la longue période qui précède le temps qui, en raison de phénomènes nouveaux, s'appelle le travail, pouvait aussi être troublée par un kyste ovarique : Litzmann avait signalé cette complication, Hirsch, Jetter l'ont étudiée. L'augmentation de volume du kyste va devenir la cause d'accidents, tel est le fait qui résulte de ces travaux; aussi bientôt voit-on surgir la question du traitement pendant la grossesse. En présence des accidents qui surviennent parfois, on se demande s'il ne faut pas agir contre la grossesse ou s'il est préférable de s'adresser au kyste, s'il ne faut pas interrompre le cours de la gestation. Barnes, en 1873, soutiendra la légitimité de l'interruption de la grossesse, dans ses leçons obstétricales, opinion qui sera discutée par Treille, Pastoswski, Dunlap, Gros-Fillay, etc. C'est une question sur laquelle nous devrons revenir plus loin. D'autres, au contraire,

(1) *Om Ovariesvulsten som Complication ved Svangerskab, Kjobenhaven.* 1881.

préféreront s'adresser au volume du kyste pour le réduire : Stoltz, Doumairon, Spencer Wells, Rheinstædter, Duplay, Polaillon, Olshausen, Hegar, Kaltenbach, etc., établirent les indications de cette opération de la ponction.

Le diagnostic de la grossesse n'est pas toujours facile à établir, surtout quand une tumeur comme un kyste ovarique cache l'utérus et ne permet pas d'en constater le volume et les modifications. Aussi des chirurgiens, méconnaissant l'existence d'une grossesse, vont pratiquer l'ovariotomie pendant la gestation : Burd, Sims, Pollock, Spencer Wells, Withusen vont, pendant des ovariotomies, découvrir l'utérus gravide. Mais les succès obtenus encourageront les opérateurs : on acceptera d'abord cette opération pour les cas où, seule, elle peut sauver l'existence de la femme. Mais peu à peu cette opération trouvera des partisans. Aussi voit-on, en 1877, Spencer Wells porter cette question de l'ovariotomie devant les chirurgiens de Londres, relater le résultat de ses premières opérations. Schrœder, de bonne heure partisan de cette intervention, la soutiendra en 1878 à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin. L'année suivante, en 1879, il publie 7 cas d'opérations qu'il a pratiquées avec succès pour la mère. Peu après Wilson soulèvera la même question en Amérique, en 1880. Depuis ce moment, les faits se multiplient. Péan, Laroyenne, Baum, Howitz, Pippingsköld, etc., publient les opérations qu'ils ont pratiquées. M. Polaillon en discute les indications en 1885 devant la Société de chirurgie, et enfin, tout récemment, à la séance du 22 janvier 1886, Stratz, dans un travail sur les tumeurs obstruant le canal de la parturition, rapporte le résultat de 14 ovariotomies pratiquées pendant la grossesse à la clinique de Schrœder (1).

Nous ne pouvons, dans un historique, citer tous les travaux qui ont plus ou moins de rapports avec la question que nous étudions ; on les rencontrera chemin faisant, à l'endroit où ils sont mis à contribution pour éclairer les différents points de la question.

Comme on le voit, l'étude de la complication de la grossesse

(1) Par Stratz : 14 ovariotomies, 14 guérisosn, 1 avortement.

par les kystes ovariques appartient à ce siècle. Si quelques observations sont publiées déjà dans le siècle dernier, ce n'est que vers 1812 et 1813 que se publient les premiers mémoires sur la question. Les premiers travaux s'occupent à peu près exclusivement du travail compliqué de tumeurs ovariennes. Toutes les tumeurs de l'ovaire sont confondues dans la même étude, Puchelt sépare cependant déjà les kystes des autres tumeurs. Avec Hirsch et Jetter, la question n'est plus aussi restreinte, les kystes sont étudiés dans leurs rapports avec la conception, la grossesse, l'expulsion de l'enfant et les suites de couches. Les mémoires se multiplient, apportant toujours des faits nouveaux. Mais ces recherches, ces analyses des faits seraient stériles si elles n'avaient pour but d'éclairer le médecin, de le mettre en possession de connaissances qui doivent le diriger quand il se trouve aux prises avec les difficultés. Ces travaux eurent l'immense avantage de lui faire connaître les accidents, les difficultés qui peuvent surgir aux deux périodes de la grossesse, avant et pendant le travail. On s'occupera tout d'abord des difficultés du travail et des moyens à employer pour y remédier. Les malaises, les accidents qui peuvent survenir avant le travail ne devaient pas trouver le médecin désarmé. La question entrait donc dans une troisième phase : l'étude de la conduite à suivre pendant le cours de la gestation, question pleine d'intérêt, difficile à résoudre. L'ovariotomie avec ses heureux résultats devait ouvrir des horizons nouveaux. Faite involontairement d'abord pendant la gestation, elle devrait être de plus en plus acceptée, au point d'arriver à être considérée comme le seul traitement d'une grossesse compliquée de kyste ovarique. Il est vrai que certaines statistiques particulières, comme la dernière de Schrœder, et aussi les succès remarquables (1) obtenus par les ovariotomistes nous permettent d'espérer beaucoup de l'avenir.

(1) Lawson Tait. *Brit. med. Journ.*, 15 mai 1886.

CHAPITRE II

PRÉLIMINAIRES.

Pour qu'il y ait grossesse il faut la réunion de l'élément mâle avec l'élément femelle. L'ovule provient de l'ovaire, il est donc nécessaire que le tissu ovarien contienne des follicules de Graaf. Dans la période de la vie génitale de la femme, et même en dehors, on voit assez souvent se produire des affections de l'ovaire. Des tumeurs envahissent la glande femelle qui ne renferme plus que plus ou moins de tissu sain. L'affection atteint un ovaire mais aussi quelquefois les deux ovaires présentent des altérations de nature semblable ou même des altérations différentes.

Malgré cela, la conception est souvent possible, et nous en trouvons la preuve dans les nombreuses observations publiées dans les annales de la science. Souvent, après une constatation faite par le médecin d'une tumeur siégeant sur l'un des ovaires, on voit se produire une grossesse. Il est bien évident que l'ovaire sain peut avoir fait les frais de l'ovulation et que dans ces cas les phénomènes intimes de l'imprégnation de l'ovule ont pu se produire comme dans les circonstances habituelles. Ainsi, la vérification anatomique peut dans certains cas nous révéler l'existence du corps jaune sur l'ovaire sain.

Mais, même dans les cas où les ovaires ont été tous deux malades on a pu voir survenir une grossesse, c'est ce que démontrent les faits de Holst (1), de Hofer (2), de Hewlett (3), de Spiegelberg (4) (deux cas). Il est bien évident que dans ces cas une petite portion de tissu ovarien sain existait à un moment donné et pouvait fournir l'ovule qui sera fécondé. Spencer Wells estime qu'un petit ovaire supplémentaire peut dans des cas semblables jouer un rôle important.

Si nous trouvons dans cette destruction du tissu de l'ovaire

(1) *Beiträge zur Gynæk. und Geb.*, Hft. 2, 1867, p. 156.

(2) *Gräefe's und Walther's, J. d. Chir.*, III, Hft. 3, n° 5, p. 422.

(3) Locock. In *Med. chir. Trans.*, vol. XVII, 1832, p. 226.

(4) *Monatsch. f. Geb.*, XXX, 1832, p. 226. — Hempel. *Arch. f. Gyn.*, VII, p. 556, 1875.

une raison qui peut expliquer une diminution dans la faculté de procréer, nous trouverons encore un autre élément de cette diminution dans les dislocations, les déplacements, les adhérences des organes génitaux internes. L'ovaire kystique se place généralement, lorsqu'il est petit, soit vers le cul-de-sac de Douglas, soit dans la fossette rétro-ovarienne de Sappey, rarement en avant ; quand il prend un grand développement il s'élève le plus souvent au-dessus du petit bassin. Il se fixe dans bien des cas, par des adhérences avec les organes du voisinage. Il en résulte donc souvent un déplacement utérin, une déviation de cet organe, antéposition, rétroposition, inclinaison latérale, et d'autre part, une absence de rapport de la trompe avec l'ovaire, toutes causes qui mettront un obstacle à la réunion des ovules avec les spermatozoïdes.

On s'est par conséquent préoccupé de savoir à quel degré on pouvait estimer cette diminution dans la faculté de concevoir. Simpson (1) admet que chez les femmes mariées 1 sur 10 est stérile, dans les conditions ordinaires, tandis que 1 est stérile sur 3 ou 4 femmes atteintes de tumeurs de l'ovaire, c'est-à-dire 33 p. 100 à 25 p. 100. Veit (2) donne la proportion de 34 p. 100 femmes stériles dans les mêmes conditions, Martin (3) 34 p. 100, Olshausen (4) 16,8 p. 100, Howitz 14,6 p. 100. Il est évident que par des statistiques on s'expose à compter comme cas de stérilité due aux tumeurs de l'ovaire des cas dans lesquels existait une cause de stérilité plus ou moins méconnue (stérilité provevenant du mari). Quoi qu'il en soit, les femmes atteintes de tumeurs ovariques procréent moins que les autres ; on a pu cependant chez des femmes atteintes de kystes de l'ovaire voir plusieurs grossesses se succéder pendant que le kyste se développait de son côté. On a même pu voir des grossesses gemellaires comme l'ont observé Park dans un cas d'accouchement prématuré provoqué, et à terme, Merriman, Athill, Sp. Wells, Olier, Kaltenbach ; Rogers une grossesse trigémellaire.

(1) *Diseases of women*, p. 411.
(2) Olshausen. *Die Krankheiten der Ovarien.* — Heiberg, p. 74.
(3) *Zeitsch. f. Geb. und Frauenk*, Bd. I. Hft. 1, p. 21. — Heiberg, 74.
(4) Note 2.

La grossesse est donc possible, d'ailleurs le kyste peut se développer pendant une gestation et c'est ainsi que le médecin est quelquefois appelé à constater une grossesse compliquée d'un kyste ovarique.

La présence d'un kyste de l'ovaire pendant la gravidité est une véritable complication parce que le kyste par sa situation, son volume, gêne le développement de l'utérus gravide, parce que dans les dernières heures de la grossesse, dans l'acte final, l'accouchement, le kyste peut créer de grands obstacles, de grandes difficultés. Mais le kyste lui-même se trouve aussi influencé par la grossesse, et ainsi les troubles, les accidents qui sont sous la dépendance de la grossesse, retentissent de nouveau à leur tour sur l'organisme maternel, et sur l'organe gestateur en particulier. Grossesse et kyste se compliquent mutuellement, réciproquement, mais la grossesse en particulier peut être influencée par la présence du kyste lui-même et par les troubles et les accidents qu'elle peut occasionner du côté du kyste dont les connexions avec l'utérus sont d'une importance qu'il ne faut point méconnaître.

Nous devons donc établir l'influence que les kystes peuvent avoir sur la grossesse, les complications qu'ils entraînent. Puis nous verrons comment la grossesse en agissant sur les kystes peut subir le contre-coup de tous ces accidents ; nous aurons, ainsi comme nous le pensons, établi comment la grossesse est compliquée par la présence d'un kyste de l'ovaire.

Nous devons diviser notre sujet en deux parties; la raison de cette division se trouve dans notre définition de la grossesse. Nous admettons que la grossesse va du moment de l'imprégnation de l'ovule jusqu'au moment où ce produit de conception est expulsé dans sa totalité : tant que l'œuf est dans la cavité utérine, autant dure la grossesse; la grossesse est terminée quand le fœtus avec ses annexes a abandonné ses connexions avec sa mère et ces connexions durent pendant l'acte de l'accouchement.

Ceci étant établi, il est nécessaire alors de diviser la grossesse en deux temps, et cela se comprend par la différence qui sépare si complètement ces deux temps, et comme nous le verrons plus

tard, par les nouvelles complications, les nouvelles difficultés que le kyste occasionne pendant le travail.

Nous étudierons donc en premier lieu la grossesse (jusqu'au travail) compliquée de kyste ovarique ; puis dans la seconde partie, le travail (dernier temps de la grossesse) compliqué de kyste de l'ovaire.

Mais ces complications demandent de la part du médecin la connaissance d'un diagnostic exact. Ce diagnostic présente des difficultés parfois très grandes. Notre sujet comportera donc l'étude du diagnostic. Étant donné que l'existence d'un kyste de l'ovaire est une véritable complication pour la grossesse, qu'elle entraîne pour la mère et l'enfant des malaises, des dangers parfois très sérieux, le médecin se demandera quelle ligne de conduite il doit suivre dans cette complication et recherchera les moyens de prévenir les dangers, de les écarter quand ils apparaissent, en un mot de protéger et la vie de la mère et celle de l'enfant : c'est la question du traitement.

Il est bon, pensons-nous, de rechercher en premier lieu ce que deviennent les kystes de l'ovaire pendant la gravidité. Nous connaissons les modifications importantes qui se produisent du côté des organes génitaux pendant la gestation. Ces modifications se résument dans les phénomènes d'hypertrophie et d'augmentation de la vascularisation. Elles nous permettent de comprendre que ces tumeurs, *a priori*, doivent recevoir, en raison de leurs connexions avec les organes génitaux internes, un véritable coup de fouet, par le fait même des modifications gravidiques. Les vaisseaux de ces tumeurs participent à l'augmentation de volume du territoire vasculaire utérin, ils pourront apporter à ces tumeurs plus de fluides nutritifs. Voilà un premier fait que nous devrons vérifier en faisant appel à l'opinion des gynécologistes et aux faits cliniques.

Un deuxième fait que nous devrons examiner, c'est l'influence de l'utérus qui s'élève du petit bassin dans la cavité de l'abdomen en augmentant de volume sous l'influence des progrès de la grossesse.

Enfin, troisièmement, l'ensemble des dispositions gravidiques expose le kyste plus particulièrement à un des accidents que présente parfois ce genre de tumeur.

Ce point établi, nous pourrons comprendre comment les kystes compliquent la grossesse, et par leur présence, leur volume, leur situation et par les accidents qui peuvent les atteindre pendant la grossesse, accidents qui retentiront à leur tour sur la gestation.

CHAPITRE III

KYSTES DE L'OVAIRE PENDANT LA GROSSESSE.

Avec Heiberg (p. 75) nous dirons que les changements dont les tumeurs de l'ovaire sont susceptibles pendant la grossesse existent aussi bien en dehors de l'état de gestation. Il fait remarquer, avec raison, que, lorsqu'on voit une tumeur grandir, se rompre, il faut bien se garder d'en accuser absolument la gravidité, car toute tumeur de l'ovaire a une tendance plus ou moins grande à s'accroître ; la rapidité dans la croissance dépend de la nature de la tumeur et de sa vascularisation. Il ne faut pas oublier que les différentes variétés de kystes n'ont pas la même marche dans leur accroissement. Le kyste dermoïde se développe plus lentement que le kyste multiloculaire, le kyste uniloculaire moins rapidement, en général, que le multiloculaire. En règle générale, les cas à marche lente où la maladie dure vingt et trente ans sont exceptionnels. Généralement, les kystes de l'ovaire ont une évolution assez rapide et pour 80 p. cent des malades ainsi atteintes, on ne compte guère que trois ou quatre ans entre la manifestation des premiers symptômes et la terminaison fatale (de Sinéty, *Gyn.*, p. 717).

Il faudra donc s'attendre à trouver des différences importantes au point de vue clinique. Les kystes dermoïdes se développent très lentement, tandis qu'un kyste proliférant a une évolution de beaucoup plus rapide.

Bien des cas ont une histoire très courte, mesurée par des mois et non par des années (Barnes).

Cette réserve étant faite, cherchons la solution de la question dans les auteurs.

Heiberg (p. 81) pense que les cas où la tumeur ovarique grandit considérablement au début comme à la fin de la gestation sont trop peu nombreux auprès des cas où la même observation n'a point été faite, pour qu'on en puisse inférer que l'accroissement des tumeurs bénignes de l'ovaire soit hâté par la gestation. Il estime que plusieurs femmes portaient leur tumeur avant la grossesse sans en être incommodées, et que la grossesse a été l'occasion de la découverte de la tumeur. Pour lui, il ne suffit pas de constater que le volume de l'abdomen ait considérablement augmenté, il s'appuie sur Martin (1), qui pense que l'accroissement de l'abdomen est causé par ce fait que la tumeur est poussée en avant par l'utérus qui se développe. Heiberg invoque encore le fait qui a été constaté par Schrœder, à savoir que le kyste présente parfois un état de flaccidité après l'accoument, état qui serait sous la dépendance du retour de la tumeur à sa forme primitive, après qu'il a été comprimé par l'utérus gravide. Heiberg croit voir dans ce fait l'explication de la tendance qu'ont certains kystes à disparaître ou même à diminuer pendant et surtout après la grossesse.

Péan (*Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 269) pense aussi que les kystes de l'ovaire ne se développent que peu pendant la grossesse et que même quand l'œuf atteint un certain volume le kyste reste absolument stationnaire, la compression exercée par l'utérus étant la cause de cet arrêt.

Schrœder pense « que la grossesse n'est pas sans influence sur le kyste. Que ces kystes ordinairement pendant la grossesse s'accroissent fortement, c'est ce que l'on ne peut mettre en doute ».

Lomer (2) dit qu'il ne faut pas oublier que les tumeurs de l'ovaire prennent habituellement un volume rapide pendant la grossesse. Olshausen (3) (§ 63), avance que « Spiegelberg (4), par

(1) *Zeitschrift f. Geb. und Frauenkr.*, Bd. I, Hft. 1, p. 21.

(2) *Ueber Complication der Geburt durch ovarien Tumoren.* (*Arch. f. Gyn.*, XXX, p. 301 et suiv., 1882.

(3) Olshausen. In *Handbuch der Frauenkrankheiten.* (*Die Krankheiten der Ovarien*, p. 99 et suiv.)

(4) *Lehrb. d. Geb.*, 1877, p. 296.

ses propres observations, a acquis la conviction que les tumeurs ovariques prennent fréquemment un accroissement rapide sous l'influence de la grossesse à la suite de l'augmentation de la congestion des organes génitaux. Je crois, dit Olshausen, que cette opinion est juste. »

Beaucoup d'auteurs pensent, par analogie, que, pour les kystes de l'ovaire, il doit y avoir une augmentation de volume, tout aussi bien que cela se passe pour les autres tumeurs, comme les fibromes utérins, les carcinomes, les tumeurs du sein.

Toporsky (1) admet l'augmentation rapide des kystes pendant la grossesse ; il rappelle que Litzmann, le premier, a émis cette opinion, confirmée par Olshausen et Spiegelberg.

Ne voulant pas trop étendre ces citations, nous pouvons conclure que, parmi les auteurs, les uns considèrent l'augmentation de volume comme étant très faible dans beaucoup de cas, et que ce que l'on constate peut être attribué au déplacement des kystes de l'ovaire qui, se plaçant au devant ou à côté de l'utérus gravide, donnent cette rapide augmentation du volume de l'abdomen. Pour les autres, cet accroissement de volume existe en réalité, il est plus ou moins variable, varie avec chaque cas, mais l'action de la gestation est réelle.

En étudiant les observations qui ont été publiées, on voit de suite qu'on ne peut pas révoquer en doute cette augmentation de volume qui existe de la façon la plus manifeste dans beaucoup de cas ; mais aussi, il est d'autres kystes pour lesquels le même phénomène n'est plus noté. Nous donnerons comme exemple d'accroissement rapide le cas de M. le professeur Gross : le ventre n'était absolument pas tuméfié avant la grossesse et pendant celle-ci il prit un énorme développement. L'ovaire avait été trouvé auparavant un peu gros par un spécialiste, et cette tumeur kystique, comme endormie, s'était réveillée et avait pris une marche très rapide à l'occasion de la grossesse. L'examen de la pièce a parfaitement démontré à M. le professeur Gross qu'il s'agissait d'une variété de kyste essentiellement maligne,

(1) *Dissert. inaug.*, Breslau, 1884.

la variété végétante qui contracte facilement et rapidement des adhérences.

Rosenthal, dans une observation, note qu'il y eut deux périodes bien marquées d'augmentation de volume, et correspondant toutes deux exactement aux deux grossesses seules. Dans leurs observations, nous voyons Spencer Wells, Simpson, Stoltz, Atlee, Howitz, Keith signaler l'accroissement de volume du kyste ovarique. Falck vit la tumeur augmenter dans la seconde moitié d'une grossesse ; un degré plus élevé d'évolution rapide est noté par Sp. Wells, par P. Ruge, Pollock et Schrœder. D'autre part, Veit put observer un développement énorme du kyste, Atlee une augmentation rapide de la tumeur ovarienne. Ce phénomène observé par tous ces chirurgiens n'est donc pas une rareté, il a été enregistré non par un seul, mais par plusieurs, consigné dans les observations. On peut donc conclure que la grossesse est souvent la cause d'une augmentation de volume du côté d'un kyste de l'ovaire. Si cet accroissement n'est pas toujours signalé, ce peut être parce qu'il n'existait pas ou parce que le médecin n'a pas suivi la femme pendant sa gestation, ne pouvant pas enregistrer alors ce qui s'était passé de ce côté. Il est des tumeurs kystiques qui ne s'accroissent pas, le fait a été consigné par John Edwards ; Murray signale que, chez une malade, la croissance de la tumeur s'est bien arrêtée pour reprendre activement après. Nous avons dit d'ailleurs que Schrœder avait signalé un certain degré de mollesse du kyste après l'accouchement, ce qui parlerait en faveur d'une certaine diminution de volume. Quant à admettre la disparition complète, on ne peut guère la comprendre que par rupture du kyste, surtout s'il est parovarique. L'augmentation de volume du kyste devra donc jouer un grand rôle pendant la grossesse, elle sera la cause de malaises plus ou moins sérieux, c'est ce que nous aurons à examiner un peu plus loin.

Nous devons maintenant nous occuper de la question de la situation des kystes de l'ovaire par rapport à l'utérus gravide. Deux facteurs entreront ici en jeu : d'une part, le volume et l'élévation de l'utérus gravide, et d'autre part, le volume du kyste et ses adhérences avec les parois et avec les organes contenus

dans la cavité abdominale. En règle générale, les kystes petits siègent dans le cul-de-sac de Douglas. Pour expliquer ce fait, il faut faire intervenir la pesanteur et surtout une disposition anatomique de cette région : l'aileron moyen des ligaments larges est le plus élevé des trois, il part d'une des cornes de l'utérus, sous forme d'un cordon épais, se termine sur la ligne innominée en s'étalant après avoir laissé libre le pavillon de la trompe qu'il contient. Il maintiendra donc derrière lui l'ovaire et son aileron. En outre, derrière l'aileron postérieur et au-dessus de l'ovaire, le péritoine pelvien forme dans l'angle compris entre les ligaments utéro-sacrés et les ligaments larges, une fossette appelée par Sappey fossette rétro-ovarienne, qui recevra l'ovaire tuméfié et ainsi un kyste finira par entraîner l'organe par son poids, jusque dans la partie inférieure du cul-de-sac postérieur péritonéal. Ces données anatomiques nous expliquent pourquoi le kyste repose dans la loge postérieure du bassin, déprimant plus ou moins le cul-de-sac postérieur de Douglas, symptôme important à connaître au point de vue du diagnostic.. Ce n'est pas seulemet cette loge postérieure que les kystes peuvent occuper, mais ils peuvent siéger sur un côté de l'utérus, fixés quelquefois par des adhérences dans la fossette appelée par Olshausen du nom de *bursa ovarica*, comprise entre l'aileron postérieur et l'aileron moyen. Quelques observations indiquent que la tumeur déprimait le cul-de-sac latéral et postérieur du vagin ; dans un cas, il était dans le petit bassin et placé devant l'utérus ; pendant les premiers mois de la grossesse, il abandonna ce siège. Ainsi placé, il doit provoquer des phénomènes particuliers pendant la grossesse, la rétroversion utérine, par exemple, dont on trouve quelques cas.

Ainsi, les kystes petits présentent donc, en général, ce fait particulier d'être situés dans l'excavation pelvienne. Or, c'est là un fait excessivement important qui doit être bien connu du médecin, car ces tumeurs intra-pelviennes peuvent être la cause des plus grandes difficultés, parfois pendant la grossesse, mais surtout pendant l'accouchement puisque ces tumeurs rétrécissent l'aire pelvienne. Quand il n'y a pas d'adhérences, ou s'il en existe, quand elles sont très très faibles, l'utérus, sous l'influence de

son hypertrophie gravidique, tend à occuper toute l'aire du bassin, il repoussera la plupart du temps ces petits kystes au-dessus du détroit supérieur, et en s'élevant graduellement dans la cavité abdominale, les déplacera, et ces kystes occuperont le plus souvent un des côtés de la cavité abdominale. Mais si ces kystes sont fortement adhérents, ils conserveront leur situation primitive, pouvant ainsi gêner le développement de l'organe gestateur, ou du moins le dévier s'il ne l'était déjà antérieurement, le maintenir le plus souvent en antéposition, phénomène qui donnera lieu à des signes particuliers au toucher et qui exposera parfois à des méprises, quand il s'agira de poser un diagnostic.

Pour les gros kystes, leur siège est le plus souvent dans la cavité abdominale, parce que leur base est trop large pour occuper l'excavation pelvienne. Ils reposent sur le détroit supérieur et sur les fosses iliaques, et si des adhérences trop serrées de ces kystes n'empêchent point l'utérus de s'élever au-dessus du détroit supérieur, ils se laisseront déplacer par lui, se logeant dans un côté de la cavité abdominale, et l'utérus se placera de l'autre côté, les deux tumeurs, utérus et kyste, seront appliquées l'un contre l'autre, par une de leurs faces latérales. L'abdomen présentera dans ces cas une largeur extraordinaire. Le plus souvent on reconnaît par la palpation un sillon de séparation très net entre les deux tumeurs, plus marqué que celui que présente parfois l'utérus renfermant deux jumeaux placés l'un à droite l'autre à gauche. On sent parfois une dépression angulaire très nette, qui sépare très distinctement la partie supérieure de l'une et de l'autre tumeur. Mais quelquefois le kyste se moule sur l'utérus et des difficultés peuvent surgir au point de vue diagnostique.

On peut croire avoir affaire à un utérus très développé, soit par une une hydrammios ou par une grossesse gémellaire. Ce sont des faits qui trouveront surtout leur place dans le chapitre du diagnostic. Mais telle n'est pas toujours la disposition réciproque de l'utérus et du kyste. Celui-ci peut se placer devant en même temps qu'un peu sur le côté. Le kyste, en masquant l'utérus qui s'élève par derrière lui, expose le médecin à commettre des erreurs, à moins que l'aménorrhée, des phénomènes

sympathiques, le ramollissement du col aient pu le mettre sur la voie du diagnostic. Nous donnons ici, comme un exemple de kyste masquant l'utérus gravide, l'observation communiquée par M. le professeur Heydenreich, à la Société de médecine de Nancy, séance du 25 mars 1885. (*Revue méd. de l'Est*, 1885, p. 410.)

Observation I.

M. Heydenreich relate l'histoire d'une femme qui a présenté simultanément un kyste de l'ovaire et une grossesse.

Cette femme, âgée de 32 ans, s'est mariée à l'âge de 24 ans et est devenue bientôt enceinte ; l'accouchement s'est fait à terme, très facilement, et les douleurs ont duré à peine cinq heures. Pendant la grossesse, le ventre était beaucoup plus volumineux qu'il ne l'est d'ordinaire. Après l'accouchement, il ne revint pas à son état normal ; en même temps, la malade continuait à vomir et à ressentir des douleurs dans le ventre et dans la région lombaire ; les règles reparurent bientôt, mais très abondamment et se reproduisant tous les quinze jours.

Cinq mois après l'accouchement, la santé de la malade était rétablie ; le ventre se mit alors à diminuer peu à peu de volume, et bientôt il ne resta qu'une tumeur de la grosseur de deux poings, arrondie et siégeant dans la partie latérale droite de l'abdomen. Cette tumeur ne tarda pas à grossir de nouveau et devint énorme.

Un médecin, que consulta la malade, diagnostiqua un kyste de l'ovaire et pratiqua une ponction qui donna issue à 25 litres de liquide de couleur foncée. Le kyste n'avait pas été vidé complètement ; trois semaines après, une nouvelle ponction donna issue à 10 litres.

Depuis cette époque, le kyste a été ponctionné une série de fois. Les intervalles de temps entre les ponctions successives sont devenus de plus en plus grands ; le liquide était le plus souvent transparent. La dernière ponction, qui est la 8e depuis le début, remonte à près de dix-huit mois.

Le 5 mars, cette femme s'est présenté à l'hôpital pour être ponctionnée de nouveau. Son ventre paraît distendu par une tumeur qui remonte bien au-dessus de l'ombilic et qui a tous les caractères d'un kyste uniloculaire; la sensation de flot est des plus nettes dans la tumeur. La malade a eu ses règles pour la dernière fois au mois d'août ; mais elle n'a, du reste, éprouvé aucun phénomène différent de ceux qu'elle éprouve depuis des années.

Le 6 mars, M. Heydenreich pratique, avec un trocart de 5 millimètres de diamètre, une ponction sur la ligne blanche, entre l'ombilic et la symphyse du pubis. La ponction donne issue à 4 litres de liquide couleur

chocolat. A mesure que le liquide s'écoule, la poche qui se vide, laisse apparaître derrière elle une tumeur, contre la paroi antérieure de laquelle elle se trouve appliquée à la manière d'une demi-sphère.

Cette tumeur a l'aspect d'un utérus gravide de 6 à 7 mois. La malade pressée de questions, avoue alors que depuis deux mois elle sent remuer dans le ventre peut-être plus vivement qu'elle n'avait senti avant ses ponctions précédentes. Du reste, le col de l'utérus est mou et laisse pénétrer par son orifice externe la dernière phalange de l'index; l'orifice interne est fermé. L'aréole du mamelon est fortement pigmenté et la pression du mamelon fait sourdre un liquide laiteux. L'auscultation de la tumeur fait entendre un bruit de souffle isochrone aux battements du pouls. De peur de nuire à la malade, M. Heydenreich ne pousse pas l'examen plus loin ce jour-là.

Le lendemain, l'existence d'une grossesse est confirmée par la perception très nette des mouvements du fœtus; d'ailleurs, ces mouvements sont accusés également par la femme. Quant à l'auscultation, elle fait toujours entendre le bruit de souffle; mais les battements du cœur du fœtus ne sont perçus nettement par aucune des personnes présentes. Le résultat négatif est peut-être dû à la présence des parois du kyste de l'ovaire en avant de l'utérus gravide.

Malgré les recommandations formelles qui lui ont été faites, la malade a quitté l'hôpital le surlendemain du jour où la ponction a été pratiquée.

D'autres fois, mais plus rarement, le kyste, lorsqu'il est volumineux se place derrière l'utérus gravide (nous savons que c'est fréquent pour les kystes petits). Il est évident que toutes ces variétés de position dépendent soit d'adhérences qui s'étaient formées avant la grossesse ou dans ses premières semaines, soit du développement simultané d'un petit kyste et de l'utérus gravide. Le kyste a déplacé de bonne heure l'utérus en le mettant en antéposition, l'utérus s'est développé dans cette déviation primitive. Le kyste, dans cette situation postérieure, peut s'élever suffisamment pour que rien ne vienne gêner l'engagement du segment inférieur dans l'excavation pelvienne, dans les dernières semaines de la grossesse. C'est ce que nous démontre parfaitement le cas suivant, qui a été observé par M. le professeur agrégé Alphonse Herrgott, qui a bien voulu nous le communiquer :

Observation II.

Kyste de l'ovaire et grossesse; Accouchement normal; suites de couches régulières

La nommée A... (Lucie), âgée de 35 ans, pluripare, entre le 25 février 1886, à la maternité de Nancy.

Blonde, de taille moyenne; constitution bonne ; tempérament lymphatique. Habituellement bien portante. Elle aurait eu à l'âge de 11 ans des rhumatismes articulaires qui l'auraient retenue au lit pendant deux mois; mais, depuis cette époque, elle aurait toujours été bien portante.

Première menstruation à 12 ans, régulière depuis et peu abondante.

Enceinte pour la troisième fois.

Première grossesse à 28 ans. Malaises sympathiques, vomissements surtout au début. OEdème des membres inférieurs dans les deux derniers mois.

Accouchement à terme d'un enfant qui mourut quelques minutes après sa naissance. Puerpéralité bonne.

Deuxième grossesse à l'âge de 31 ans.

Elle a été bien portante pendant toute la durée de la gestation. Accouchement facile ; enfant bien portant. Suites de couches normales.

Vers le 12 mai 1885, la nommée A... (Lucie) eut ses règles pour la dernière fois, et, bien qu'elle éprouvât des malaises comparables à ceux que l'on observe au début d'une gestation, vomissements, gastralgie, etc., elle n'y attacha pas une grande importance ; elle crut que ces troubles gastriques étaient le résultat de la présence d'une tumeur dans la cavité abdominale.

Dès l'âge de 20 ans, déjà, cette femme avait été frappée par ce développement anormal de son ventre ; quelques années après elle avait même été consulter un médecin qui lui prescrivit quelques diurétiques. Une amélioration s'ensuivit. Malheureusement, elle ne fut que passagère.

Le ventre de cette femme ne tarda pas à se développer de nouveau, à tel point que, bien qu'elle ne ressentît aucune douleur, il lui était impossible de faire quelques mouvements sans être extrêmement oppressée. Il lui était également impossible de porter le moindre fardeau.

Alarmée par cette difficulté de se mouvoir, elle était venue le 25 juillet 1885 à l'hôpital civil de Nancy, dans le service de M. le professeur Gross. On lui fit une ponction à la suite de laquelle il s'écoula une grande quantité de liquide : une dizaine de litres environ.

M. le professeur Gross dit à la femme A... de revenir au mois de novembre pour se faire examiner à nouveau, et peut-être même se faire opérer d'un kyste de l'ovaire qui était la cause probable de cette collection de liquide.

Elle quitta quelques jours après l'hôpital, très soulagée et très heu-

reuse de pouvoir marcher sans être obligée de s'arrêter à chaque instant.

Cependant, son ventre se mit à augmenter peu à peu, mais d'une façon moins régulière que précédemment.

En effet, au-dessus de la symphyse, on voyait une tumeur arrondie nettement délimitée par un sillon, formée par une dépression de la paroi abdominale qui séparait cette première tumeur sus-pubienne d'une seconde tumeur plus volumineuse, plus molle et située au-dessus de la première.

A la fin de septembre, elle perçut des mouvements comparables à ceux qu'elle avait perçus dans ses grossesses antérieures; ces mouvements étaient localisés dans la tumeur sus-pubienne.

Nul doute, elle était enceinte et ses règles n'avaient plus reparu depuis le mois de mai, précisément parce qu'elle était dans cet état, et non pas parce qu'elle avait une tumeur kystique, comme elle le supposait.

Comme, en juillet, la grossesse était encore bien récente, elle avait passé inaperçue quand on avait pratiqué cette ponction évacuatrice imposée par l'état général de cette femme.

L'existence de la grossesse étant reconnue, la femme A... (Lucie) résolut d'attendre le terme de sa gestation avant d'aller dans un service de chirurgie ; toutefois, comme elle était assez inquiète, elle demanda à entrer à la Maternité de Nancy le 25 février 1886 pour y faire ses couches.

A son entrée, nous trouvons la femme A... Lucie relativement en bonne santé; elle marche facilement et n'est nullement oppressée, malgré le développement considérable de l'abdomen. Ce qui nous frappe surtout, c'est une dépression linéaire transversale située à 6 centimètres au-dessus de l'ombilic.

Examiné de profil, le ventre, à sa partie inférieure surtout, est très fortement projeté en avant (venter pendulus), et de plus il est comme séparé en deux étages par le sillon transversal dont je viens de parler.

Par le palper, on reconnaît facilement que ce sillon correspond à la limite du fond de l'utérus dont la forme est régulière et dont le grand diamètre est longitudinal.

Au-dessus du pubis, on trouve un corps dur, arrondi, la tête. Les petites parties et le siège en haut et à gauche. Plan résistant à droite et assez en arrière. Utérus dépressible du côté gauche. Le maximum des bruits du cœur est perçu à droite et au-dessous de l'ombilic. Nous pouvons donc conclure que cette femme est enceinte et que son fœtus se présente en O. I. D. P.

Par le toucher, on trouve le col en arrière et légèrement à gauche. Il est cylindrique, complètement ramolli et a sa longueur normale.

On perçoit la tête coiffée par le segment inférieur, mais l'examen le plus minutieux *ne permet pas de constater l'existence d'une autre tumeur engagée simultanément dans l'excavation.*

Ainsi, le canal génito-pelvien est libre et rien ne vient *encombrer* la filière que devra parcourir le fœtus.

Ce fait important établi, nous recherchons la cause de la proéminence si considérable de l'utérus en avant et celle du développement si anormal de la région sus-utérine de la paroi abdominale.

Par la palpation, on sent une tumeur molle, dépressible, mal délimitée. On perçoit, par contre, nettement la fluctuation. Par la percussion, on obtient en avant une matité absolue qui se prolonge de chaque côté de l'utérus dans les hypocondres; toutefois, cette matité se prolonge en bas plus à droite qu'à gauche où l'on trouve la sonorité.

Le décubitus latéral ne modifie nullement les sensations perçues, comme cela aurait eu lieu si la matité avait été produite par de l'ascite.

Il y avait donc en arrière et au-dessus de l'utérus gravide une tumeur kystique probablement d'origine ovarique.

L'examen du thorax ne dénote rien de particulier. La respiration se fait régulièrement, cependant l'auscultation du cœur fait découvrir l'existence d'un souffle très net à la base et au premier temps. Ce souffle se prolonge jusqu'à la pointe, mais en diminuant d'intensité.

Le pouls est régulier, mais assez petit.

Il n'y a pas de varices, ni d'œdème des membres inférieurs.

Les urines, claires et abondantes, ne contiennent pas d'albumine.

L'état vraiment satisfaisant de cette femme, qui ne semble pas incommodée par ses deux tumeurs utérine et ovarique, nous permet d'espérer que la parturition s'effectuera sans entraves. Le bassin est libre, la tumeur ovarienne étant extra-pelvienne.

Le volume considérable de ce kyste qui aurait dû gêner le fonctionnement du diaphragme, ne troublait cependant pas la respiration, et cela, probablement, parce que les parois abdominales qui avaient été plus distendues quelques mois auparavant, quand une ponction évacuatrice avait été imposée d'urgence, n'avaient pas eu le temps de revenir complètement sur elles-mêmes.

Grâce à leur laxité relative, les muscles abdominaux comprimaient peu l'utérus et le kyste ovarique et consécutivement ne gênaient pas le jeu du diaphragme.

Le 11 mars, à 4 heures du soir, la femme A... (Lucie) ressentait les premières douleurs. Le travail s'effectua rapidement et facilement et, deux heures après, elle accouchait d'une fille pesant 2,580 grammes. Le mouvement de rotation de la tête qui se présentait en O. I. D. P. s'exécutait rapidement et l'expulsion du fœtus se fit très régulièrement sans la moindre difficulté.

La délivrance fut normale.

Immédiatement après l'accouchement, on vit le kyste, qui n'était plus contenu par les muscles abdominaux, s'étaler de chaque côté du ventre. L'utérus, revenu sur lui-même, était toujours apparent et nettement dé-

limité par le sillon transversal dont nous avons parlé précédemment.

Les suites de couches furent normales, l'abdomen resta souple et insensible ; aussi, quelques jours après, la femme demanda à quitter la Maternité. A son départ, l'utérus était presque complètement revenu sur lui-même, et le kyste de l'ovaire n'avait subi aucun travail inflammatoire à la suite de l'accouchement.

Les tumeurs très mobiles, dont le pédicule est long, peuvent être repoussées vers la partie supérieure de la cavité abdominale, s'y fixer par des adhérences et rester ainsi élevées après le retrait utérin, c'est ce qui a été bien observé dans un cas, par Stahl (1); sinon, le kyste suit le retrait de l'organe utérin. La tumeur de l'observation n° 2, d'Howitz (thèse de Heiberg), fut repoussée peu à peu de la fosse iliaque gauche et se trouva, dans les derniers mois de la grossesse, dans la région postérieure rénale gauche, puis redescendit après l'accouchement.

Nous avons laissé supposer que les petits kystes occupaient seuls l'excavation pelvienne, et les gros la cavité abdominale. En règle générale, il en est ainsi, mais cependant les gros kystes peuvent quelquefois rétrécir l'aire de la cavité pelvienne, lorsqu'une de leurs loges s'était développée primitivement dans la fosse de Douglas, le kyste se mettant à proliférer, l'a fait vers la cavité abdominale, mécanisme que Kempf a étudié dans sa dissertation (Strasbourg, 1880), ou lorsqu'une loge s'est développée secondairement du côté de la fosse de Douglas, s'y est fixée ou non par des adhérences.

De grands kystes uniloculaires pourraient-ils donner un prolongement dans le cul-de-sac péritonéal postérieur? C'est ce que des observations exactes seules établiraient, mais il semble qu'ils pourraient par une extrémité inférieure un peu saillante occuper le détroit supérieur et créer des difficultés au point de vue de l'engagement du fœtus. C'est ce qui semble être arrivé dans un cas observé par Hein (2), l'accouchement put se faire spontanément après l'évacuation du contenu du kyste au moyen d'une ponction faite du côté de la paroi abdominale.

(1) *Centr. f. Gyn.*, 1879, p. 78.
(2) *Berl. Beitr. zur Geb. und Gyn.*, 1872.

Nous pouvons actuellement faire remarquer que le siège, le volume, les adhérences du kyste joueront un rôle des plus importants dans les complications qui pourront surgir. Aussi établit-on une distinction clinique de la plus grande utilité, distinction basée sur le siège occupé par la tumeur.

La tumeur siège-t-elle dans l'excavation pelvienne, et cela est le cas tout particulièrement pour les petits kystes séreux et les kystes dermoïdes, la tumeur, si elle n'est point repoussée dans la cavité abdominale, rétrécira l'aire pelvienne : pendant la grossesse, les phénomènes seront peu ou point apparents, mais il en sera autrement pendant l'accouchement, puisque ces tumeurs créeront un véritable rétrécissement qui pourra entraîner les plus grandes difficultés pour l'engagement du fœtus à travers la filière pelvienne.

Si le kyste siège dans la cavité abominale, le volume, la mobilité de la tumeur joueront le rôle le plus important : un petit kyste passera inaperçu, mais un kyste volumineux ajoutera son volume à celui de l'utérus et il en résultera un tel développement du ventre que les plus grands malaises, les plus grands toubles surgiront dans le cours de la grossesse.

Si on voulait donc résumer ce que nous venons de dire en une formule, on dirait : kystes intra-pelviens, troubles, accidents pendant l'accouchement; kystes abdominaux, malaises, accidents pendant la grossesse.

Il ne faudrait cependant pas oublier que des kystes volumineux peuvent être abdominaux et en même temps intra-pelviens par une loge ou un prolongement.

Cette distinction clinique, qui se comprend parfaitement après l'étude que nous avons faite des rapports du kyste et de l'utérus gravide, trouvera sa justification dans l'étude des accidents qui peuvent résulter de la situation et du volume des kystes, nous y verrons d'une façon parfaitement nette que les kystes petits s'ils sont intra-pelviens sont la cause des plus grandes difficultés pendant le travail tandis que d'autres kystes, cette fois volumineux détermineront des malaises d'une autre nature, par surdistension de l'abdomen. Le traitement des premiers, sera compris dans le

traitement du travail, celui des seconds, sera le traitement pendant la grossesse.

Nous avons tenu à faire de bonne heure cette distinction clinique, car à notre avis, elle doit être l'idée dominante dans ce travail où nous étudions la grossesse compliquée de kyste ovarique. C'est autour de cette distinction que pourront se grouper les faits cliniques, les méthodes de traitement.

Telles sont les modifications qu'on pourrait appeler les *modifications physiologiques*. Ce mot *physiologique* peut paraître choquant appliqué à une tumeur, c'est-à-dire, à une production pathologique des ovaires. Mais, si nous l'employons, ce n'est que dans l'intention d'exprimer ce qui se passe d'une façon habituelle du côté des kystes, d'examiner les modifications communes à peu près à tous les kystes pendant la gestation et sous la dépendance de cet état spécial.

En opposition de ces modifications physiologiques ou communes généralement aux kystes pendant la gravidité, nous établirons qu'il peut survenir pendant la grossesse des *modifications pathologiques*, c'est-à-dire de véritables complications ou accidents de ces kystes, accidents qui en forment pour ainsi dire la pathologie. Ces accidents peuvent se présenter en dehors de l'état gravidique ; ils semblent se produire assez fréquemment sous l'influence de la gestation : c'est pourquoi ils méritent d'attirer l'attention.

Nous les étudierons donc dans un paragraphe spécial dans le but de bien les séparer des modifications habituelles du kyste. Sans quoi nous nous exposerions à assombrir le tableau plus qu'il n'est juste. Il peut y avoir des accidents ; quand cela arrive on publie l'observation. Mais un kyste pendant la gestation, même pendant plusieurs grossesses chez la même femme, ne produit-il aucun phénomène saillant, le cas n'est point publié : c'est là un inconvénient des statistiques faites avec des cas isolés, elles exposent à attribuer trop d'importance, trop de fréquence à un accident ou à un phénomène. Cet inconvénient est trop connu pour que nous insistions ; nous devions cependant le signaler.

ACCIDENTS DU KYSTE PENDANT LA GROSSESSE.

Si bien souvent le kyste ne subit aucun accident pendant la grossesse et l'accouchement, il n'en est malheureusement pas toujours ainsi. Le kyste, avons-nous déjà dit, a sa pathologie. Mais la grossesse et l'accouchement ont-t-ils une action bien évidente sur la production des accidents du kyste ? Certainement, d'après tous les auteurs.

A leur tour, ces accidents retentiront sur la grossesse et d'une façon très facheuse, c'est ce que nous devrons aussi étudier.

La présence d'un kyste pendant le cours de la grossesse peut-elle déterminer une péritonite en dehors des accidents de rupture du kyste, de torsion du pédicule, suppuration du kyste? Telle est la question préliminaire que nous devons nous poser. Les frottements du kyste avec la séreuse peuvent-ils déterminer de la péritonite locale et adhérence consécutive.

Megrat (1) admet avec Schrœder (2), que : « de gros kystes de l'ovaire peuvent donner lieu pendant la grossesse à des péritonites partielles avec formation d'adhérences. Ces sortes de greffes sont déterminées sans doute par le frottement des deux tumeurs, utérine et ovarienne, qui se gênent réciproquement. » Les frottements entre la tumeur ovarique et le péritoine font naître des adhérences. Howitz a rencontré, d'après Heiberg, des adhérences assez considérables chez des femmes qui affirmaient n'avoir jamais eu de douleurs dans l'abdomen, ni symptômes de péritonite.

Heiberg fait jouer un grand rôle aux adhérences vasculaires dans les cas où un accroissement important du kyste a été noté dans le cours de la gestation. Les nombreux vaisseaux de ces adhérences, d'une part, et l'augmentation de volume du pédicule pendant la grossesse, d'autre part, telles seraient les causes de cet augmentation de volume des kystes.

Le plus souvent la péritonite est la conséquence d'accidents

(1) *De la péritonite développée pendant la grossesse.* (*Annales de gynécologie*, 1883.)

(2) Page 366, in Traité.

du kyste, comme rupture, torsion, etc.; elle n'est alors qu'un résultat, qu'un signe de ces accidents; mais elle a été notée en dehors d'accidents de ce genre. Tel est le cas, par exemple, dans cette observation de Olshausen (1).

Observation III.

Femme Mögling, 30 ans, est accouchée il y a quatre ans de son troisième enfant. Peu après le ventre augmenta. Depuis onze semaines, absence des règles. Il y a huit semaines aurait eu une *péritonite* qui a duré quatre semaines. On trouve une tumeur du volume d'un utérus à terme avec fluctuation nette. Parois de la tumeur assez molles; nulle part de parties solides. L'utérus ne peut ni par l'extérieur ni par l'intérieur être perçu comme développé. L'exploration interne fait reconnaître qu'il est situé derrière la tumeur. Deux mois après expulsion d'un fœtus de six mois. La marche ultérieure resta inconnue.

Cette observation nous montre une péritonite survenant vers la troisième semaine d'une grossesse, durant quatre semaines, et ne déterminant pas l'interruption du cours de la gestation. L'expulsion vers le sixième mois tient-elle à des adhérences consécutives, ou bien à la compression exercée par le kyste sur l'utérus. Cette dernière hypothèse nous semble plus satisfaisante.

Schultze (2) a examiné une femme arrivée au cinquième mois d'une grossesse compliquée de kyste ovarique; elle avait une péritonite ancienne qui céda rapidement à un traitement convenable. Cette fois encore il y eut expulsion prématurée du fœtus, au huitième mois. Nouvelle péritonite à la troisième semaine des couches. Une malade de Habit (3), portant un kyste du volume d'une tête d'enfant eut une périmétrite et avorta à quatre mois. Scott (4) aussi a vu une péritonite au sixème mois d'une grossesse; elle dura sept semaines. L'ovariotomie faite six mois après l'accou-

(1) *Die Krankheiten der Ovarien*, obs. n° 2.

(2) *Du diagnostic des grosses tumeurs ovariques*. (*Centralbl. f. Gyn.*, 1880, page 1.)

(3) *Wien. Zeitsch.* Neue Folge, 1860, p. 659.

(4) *The Lancet*, 1872, vol. II, p. 323.

chement à terme montra une torsion (un tour et demi) du pédicule.

S'il est rare de trouver la péritonite qui n'est point sous la dépendance d'un des accidents qui peuvent atteindre le kyste; il n'en est plus de même quand il se produit une rupture du kyste, une torsion du pédicule, une suppuration du kyste. L'épanchement du contenu, la lésion, l'inflammation de la tumeur entraînent, pour ainsi dire, fatalement l'inflammation de la séreuse. On comprend facilement qu'il en doit être ainsi; seulement il faut savoir que des poussées de péritonite peuvent aussi se faire en dehors de ces accidents du kyste.

Hémorrhagie du kyste. — Il peut encore se faire des hémorrhagies dans le kyste et cela sans torsion du pédicule. Selon la plus ou moins grande quantité de sang épanché, on aura les signes d'une hémorrhagie interne ou bien rien ne traduira au dehors cet accident.

Habit (1) trouva à l'autopsie d'une femme une hémorrhagie du kyste et une péritonite. Cette femme, qui portait une tumeur de l'ovaire du volume d'une tête d'adulte, après avoir souffert de beaucoup de malaises, avorta au sixième mois de sa gestation. Elle ressentit immédiatement après la sortie du placenta de vives douleurs dans l'abdomen et tomba dans le collapsus.

Boye (2), retira par une ponction une quantité considérable de liquide sanguino-purulent tout au début de la grossesse, puisque deux ou trois mois après il fit l'ovariotomie au troisième mois de la grossesse, la mère guérit.

Suppuration du kyste. — Elle est quelquefois la conséquence de ponctions du kyste; ce n'est pas de cette variété que nous voulons parler, car dans ce cas il ne s'agit plus d'une complication survenant sous l'influence gravidique, cette suppuration du kyste après la ponction peut survenir aussi bien en dehors de la grossesse que pendant l'état de gestation; mais, il s'agit de la

(1) *Wien Zeitsch. N. F.*, III, 1860, p. 659.
(2) *Howitz Gynäkol. og Obstetric. med. dellelser*, Bd. 2, Hft. I, p. 13.

suppuration sans intervention opératoire pendant la gestation. Voici un exemple de cette complication, dont nous donnons le résumé (1). Hecker a observé une jeune femme de 26 ans, secondipare. Elle présentait un grand kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Elle eut pendant une grossesse des douleurs abdominales, de la fièvre, et la tumeur prit un accroissement rapide. Ponction au quatrième mois, on retira 8,000 centim. cubes de liquide *mêlé de pus*. Dix-huit jours après, nouvelle ponction qui donne issue à 5,000 centim. cubes de liquide fétide, purulent. Trois semaines après, nouvelle ponction qui donne issue à 3,500 centim. cubes de liquide mêlé de gaz. Avortement au commencement du sixième mois, huit jours après la dernière ponction. La femme mourut sept jours après l'avortement. On trouva le kyste adhérent aux intestins, à l'épiploon et à la paroi abdominale. Cette femme avait mis au monde un enfant à terme deux ans avant l'avortement.

Nous savons que la suppuration du kyste peut se produire sous l'influence de la ponction. Ce n'est plus un accident spontané, c'est le résultat malheureux d'un traitement, aussi ce point trouvera-t-il mieux sa place dans le chapitre du traitement.

Rupture du kyste. — Le kyste de l'ovaire peut se rompre aussi bien pendant la grossesse qu'en dehors de l'état gravidique. On considère même la grossesse comme cause prédisposante. Sur 257 observations de kystes compliquant la grossesse ou la puerpéralité, nous avons trouvé que 49 femmes avaient présenté 52 ruptures de kyste; l'accident s'est produit soit pendant le cours de la grossesse, soit pendant le travail, soit pendant les suites de couches (l'accident semblant se rattacher au traumatisme du travail). Nous devrons tout particulièrement nous occuper des ruptures du cours de la grossesse et du travail, puisque c'est là notre sujet d'étude. Cependant, en raison des rapports qui unissent les ruptures se produisant pendant la puerpéralité avec les phénomènes du travail, nous donnerons très brièvement les résultats des ruptures produites dans les suites de couche.

(1) *Klinik der Geburtsk.*, p. 35. (D'après Holberg, tab. III, cas 159.)

La grossesse complique la tumeur ovarienne, et à leur tour les accidents du kyste ovarien, en retentissant sur l'état gravidique, compliquent la grossesse. Nous allons étudier en premier lieu l'influence de la grossesse sur la production de la rupture du kyste. Nous aurons aussi à rechercher l'effet de la rupture sur le cours de la grossesse.

La rupture d'un kyste ovarique reconnaît des causes prédisposantes et des causes efficientes. Quand les parois du kyste sont épaisses et solides, l'accident est peu à redouter ; mais on trouve une véritable cause prédisposante dans le peu d'épaisseur des parois de certains kystes; c'est un fait sur lequel il n'est pas nécessaire d'insister. L'inflammation du kyste est une cause fréquente de rupture, mais c'est surtout pendant la puerpéralité qu'on voit se produire cette rupture des kystes qui se sont enflammés à la suite des contusions qu'ils ont supportées pendant le travail de l'accouchement, tandis que nous ne connaissons pas d'exemple d'inflammation primitive d'un kyste pendant la grossesse entraînant la rupture du kyste. A la suite du traumatisme, le kyste s'enflamme, le ramollissement de la paroi entraîne la rupture et le contenu, mélange plus ou moins abondant de liquide kystique, de pus, de sang, de matières solides s'épanche soit dans la cavité abdominale, soit dans la cavité d'un viscère voisin, si des adhérences plus ou moins anciennes ont fixé le kyste à ces viscères. On cite bien, il est vrai, un cas d'élimination du contenu d'un kyste dermoïde pendant la grossesse par la vessie (cas de Delpech), mais autrement fréquentes sont les observations dans lesquelles on voit ces communications s'établir après l'accouchement avec les viscères voisins, le vagin, le rectum. Parmi les causes prédisposantes, il faut encore compter la rotation du kyste sur son pédicule. C'est ce que nous voyons se produire dans cette observation de Spencer Wells (1).

Observation IV.

Le 26 juillet 1864, je voyais une dame de 29 ans, femme d'un médecin et mère de trois enfants dont le plus jeune avait 11 mois. Depuis quatre

(1) Spencer Wells, *Des tumeurs de l'ovaire*, traduct. Rodet, p. 401.

mois et demi, ses règles avaient cessé en même temps qu'apparaissaient les symptômes habituels du début d'une grossesse, mais accompagnés d'accès de douleur intense dans l'aine et le côté droit de l'abdomen. Le Dr Ballard, qui avait vu la malade le 13 juin, m'informa de ce qu'il avait constaté : « Tumeur dure, irrégulière, en partie fluctuante, légèrement sensible, située dans le flanc droit, mobile, mate à la percussion : on distinguait à la palpation le fond de l'utérus hypertrophié remontant au-dessus du pubis, et entre lui et la tumeur, on constatait de la résonnance. A mesure que la tumeur augmentait de volume, elle s'étendait en travers de l'hypogastre et masquait l'utérus, déterminant ainsi des modifications dans les signes physiques et augmentant les souffrances ; différentes opinions furent émises au sujet de la nature de cette distension abdominale, et enfin on me fit demander en consultation. Comme on ne savait pas du tout si la tumeur, située sur la ligne médiane entre le pubis et l'ombilic était ou n'était pas l'utérus hypertrophié, j'introduisis par le col une sonde à 15 centimètres de profondeur, après avoir préalablement discuté et résolu par l'affirmative l'opportunité de l'avortement qui serait la conséquence de cette manière de faire. Comme on n'entendait ni les bruits du cœur, ni le souffle placentaire, on en vint à douter que l'hypertrophie de l'utérus fût due à la grossesse. L'utérus était repoussé un peu à gauche, tandis qu'à droite il ne dépassait pas la ligne médiane ; une tumeur élastique remontait sous les fausses côtes et ne pouvait être distinguée du foie par la percussion. Je proposai de ponctionner cette tumeur si l'avortement ne se faisait pas. Je n'ai pas revu la malade, mais j'ai appris que, quinze jours après ma visite « on sentait distinctement les mouvements du fœtus à gauche et au-dessous de l'ombilic. La malade avait beaucoup maigri, mais ses douleurs étaient supportables et même avaient disparu pendant quelques jours. Le 26 septembre, elles reparurent avec beaucoup d'intensité et avec des symptômes évidents de péritonite. Le 28, on crut qu'elle était en travail. Les membranes faisaient saillie, on les rompit, et quelques heures après, naissait une fille, qui vécut vingt-quatre heures. Les symptômes de péritonite s'accentuèrent et la malade mourut quatre jours après être accouchée. »

A l'autopsie, on trouva un kyste volumineux de l'ovaire droit, occupant tout le côté droit de l'abdomen et s'étendant à 0m.10 de la ligne médiane. Il était flasque, puisqu'il était en partie vide. A la partie inférieure de la cavité abdominale, on trouvait une grande quantité de sérosité liquide. Le pédicule, long de 0m.035, était tordu comme une corde et les parois du kyste étaient infiltrées de sang. La cavité contenait beaucoup de sérum sanguin et des caillots très durs. Il était évident que l'ouverture située à la paroi postérieure avait donné passage à une partie du contenu et avait déterminé une péritonite mortelle.

La rupture s'était donc produite pendant la gestation déter-

minant aussitôt des phénomènes de péritonite, l'autopsie fi découvrir la cause de cette rupture, c'était une torsion du pédicule.

Les causes efficientes de la rupture sont les pressions, les traumatismes que supporte le kyste. Il faut tenir compte tout particulièrement de la pression exercée par le fait de son augmentation de volume. Pendant le travail la tumeur peut être contusionnée, comprimée de diverses manières. Le traumatisme peut venir de l'extérieur : telle fut la cause de la rupture du kyste chez une femme enceinte dont l'observation a été publiée par Barnes (1). La femme étant enceinte, au cinquième mois, reçut d'un enfant un coup de pied dans le ventre, ressentit de suite de légéres douleurs ; dix-huit jours après survinrent des douleurs violentes, de la fièvre, des vomissements, et enfin la mort. Ce fut une chute, dans le cas de Casate (2), qui entraîna le développement rapide du kyste, puis la suppuration et son ouverture par la paroi abdominale. L'arrachement d'un tube de drainage et une longue marche chez une femme observée par Barth (3), déterminèrent très rapidement la mort. La grossesse est considérée par tous les auteurs comme exposant la femme aux ruptures. Cet accident a été signalé par tous ceux qui ont écrit sur la question soit dans les traités, les mémoires ou différentes thèses, Barnes, de Sinety, P. Cousin (4), Grognot (5), Osterloh (6), Mary Waite (7), Hue (8), Nepveu (9), Megrat (10), Aronson (11). La rupture peut se produire dans les premiers mois comme dans les derniers de la gestation. Pour la rupture qui se produit dans les premiers mois, Nepveu trouve l'explication dans le fait que les deux tumeurs, utérus et kyste, se gênent dans

(1) *The Lancet*, 1861, vol. II, p. 105.
(2) *Raccoglitore medic.*, 1861. (*Gaz. méd.*
(3) *Union médicale*, 1856.
(4) Thèse de Paris, 1877.
(5) Thèse de Paris, 1871.
(6) *Arch. de tocol.*, 1884, p. 455.
(7) Thèse de Paris, 1883.
(8) Thèse de Paris, 1883.
(9) *Annales de gynécolog e*, t. IV, p. 14.
(10) *De la péritonite pendant la grossesse.* (*Annales de gynécologie*, 1885.)
(11) *Dissert. inaug.*, Zurich, 1883.

l'étroite filière du bassin et « chose remarquable, dit-il, c'est toujours à cette époque, lorsque l'utérus est confiné comme le kyste dans le petit bassin, que la rupture a lieu. Dans deux cas, la rupture, arrivée, dans les premières semaines de la gestation (Sangalli et Schmidt) a amené la mort. »

Quand les kystes sont relativement volumineux, ils distendent excessivement la cavité abdominale. Ils sont donc exposés à une compression de tous côtés qui les expose à éclater vers le point le plus faible. Doumairon (1) rapporte dans sa thèse l'opinion de Kœberlé, qui pense que chaque fois qu'un kyste supporte sur un point de sa surface une pression un peu forte, il y a danger de rupture; c'est ainsi que chez des femmes qui portent des ceintures hypogastriques, on a déjà vu le kyste éclater à sa partie supérieure. L'utérus gravide comprimant une face latérale du kyste peut le faire éclater par ce mécanisme.

Pendant l'accouchement, la cause efficiente de la rupture du kyste est presque toujours la compression éprouvée par le kyste enclavé dans le petit bassin. Pressé de toutes parts, supportant l'effort de la contraction utérine et de la pression abdominale, le kyste se rompt, même lorsqu'il est de nature dermoïde, c'est-à-dire à paroi épaisse. L'épanchement peut se faire dans la cavité péritonéale ou s'échapper au dehors par le vagin comme dans le cas de Brewer (2) ou par un autre viscère.

Cet événement, toujours redoutable, a eu parfois, cependant, des conséquences heureuses, comme nous le verrons dans l'observation XIII de Fischel, rapportée p. 93. Il est à supposer, comme beaucoup d'auteurs le pensent, que dans plusieurs de ces cas de rupture suivie d'aucun accident, il s'agissait de kystes parovariques dont le contenu peut être très bien supporté par la séreuse péritonéale. Malheureusement la contusion du kyste, l'épanchement intra-péritonéal entraînent bien souvent des conséquences excessivement graves. Nous en trouvons un exemple très intéressant dans la thèse de Nolting (Berlin 1884).

(1) *Loc. cit.*, 42.
(2) *Obstetr. trans.*, XX, p. 184.

Observation V.

Femme Fuchs, cigarière, 34 ans, VIIpare, est accouchée déjà de six enfants vivants sans intervention médicale. Dernières règles au début d'octobre. Grossesse normale non troublée. Le dimanche 24 juin 1883, début des douleurs, col dilaté à 11 heures du matin. Comme l'accouchement n'avançait plus, on envoya chercher à 4 heures du soir un médecin qui essaya inutilement d'appliquer le forceps. Sur son conseil, on m'envoya chercher, et je trouvai, à mon arrivée, une personne grande, forte, qui était en travail depuis 12 heures.

Diamètres du bassin normaux ; palpaption abdominale difficile et incomplète à cause de la sensibilité ; du reste, elle n'aurait pas donné de résultats, vu les contractions intenses de l'utérus. A l'exploration interne, je ne pus constater, vu l'indocilité de la parturiente, que la dilatation du col et la situation de la tête au-dessus du détroit supérieur.

Après avoir donné 0,02 de morphine, la parturiente ne devint qu'un peu plus tranquille, et je pus alors reconnaître une première position de l'occiput et une tumeur rénitente dans le cul-de-sac postérieur. Comme l'obstacle à l'accouchement résidait évidemment dans cette tumeur, j'envoyai à 10 heures 1/2 du soir à l'hôpital pour demander du secours.

Les contractions devinrent de plus en plus fortes, je donnai de nouveau 0,01 de morphine, sans résultat appréciable ; après avoir vidé la vessie par le cathétérisme, un anneau de contracture apparut entre l'ombilic et la symphyse. Après l'arrivée du médecin assistant, le Dr V. Campe, la tumeur fut d'abord ponctionnée, mais on ne retira qu'un peu de sang, si bien que le diagnostic précédent devint douteux et qu'on admit l'existence de dilatation de veines variqueuses. Comme la version paraît impossible en présence de l'anneau de contracture, on fit une application de long forceps et la tête fut engagée dans le bassin. Pendant ce temps, la muqueuse rectale fit procidence (volume d'un œuf d'oie) mais fut réduite avec succès. Comme le long forceps fut alors enlevé pour qu'on pût faire une application de l'instrument ordinaire, la tête recula et le cordon qui présentait encore des battements fit procidence. Après une réduction heureuse du cordon, on essaya de nouveau d'engager la tête dans le bassin. Le cordon fit de nouveau procidence, et il ne présentait plus de pulsations. On fit alors la perforation vu la nécessité de terminer l'accouchement pour l'intérêt de la mère et l'enfant fut extrait. Pendant le passage de la tête, la muqueuse rectale fit de nouveau procidence, fut repoussée et le reste de l'extraction réussit sans difficulté. Après l'expression du placenta, on fit une injection phéniquée à 3 0/0. Le jour suivant, la femme se trouva bien ; le lundi matin je trouvai l'abdomen très tuméfié et sensible ; l'urine extraite par le cathétérisme était trouble.

Je donnai 0,02 de morphine et fis faire des applications froides. Le soir

à 6 heures, la douleur était insupportable, la température à 39°2, le pouls petit et fréquent. Injection de morphine, la femme fut transportée à l'hôpital. La première nuit, elle reposa assez tranquillement, sous l'influence du chloral, mais déjà le mardi elle perdit connaissance. Dans la nuit du mardi au mercredi, fort délire, la malade sauta deux fois hors du lit. Vers le matin coma et mort à 11 heures.

A l'autopsie : femme bien constituée, grande, panicule graisseux, épais, muscles brun-rougeâtre. Intestins très hyperémiés avec flocons grisâtres, de même pour le péritoine pariétal. Dans la cavité péritonéale, environ 1 litre de liquide rouge-brunâtre, louche (sang, pus). L'ovaire droit est transformé en une tumeur du volume du poing, qui représente une poche flasque qui est adhérente au bord droit de l'utérus par son pédicule long de 12 centimètres, large de 5 millimètres et tordu deux fois sur son axe. Dans le fond du cul-de-sac de Douglas, se trouve une perte de substance de la grandeur d'une pièce de 5 marks environ, avec fond à couleur hideuse et à bord inégal; on ne peut à ce niveau trouver de communication ni avec le vagin, ni avec le rectum. Au milieu de l'insertion du pédicule à la tumeur, on trouva un grand trou à bords déchirés de la grandeur de 1 à 5 millimètres. Ce trou conduisait dans une cavité vide du volume d'une noix.

Diagnostic : péritonite purulente généralisée. Rupture du kyste ovarique.

La rupture du kyste peut encore se produire sous l'influence des pressions qui résultent des contractions abdominales. Nous donnerons comme exemple de ce fait l'observation d'un kyste rompu pendant le travail; le liquide semble à l'auteur s'être écoulé par la trompe.

Observation VI.

Schauta. Insbrück (*Wien. méd. Blätter*, 1882, n° 291, et *Centr. f. Gyn.*, 1882, p. 619.

Femme 19 ans, qui n'avait jamais conçu, présenta en janvier 1874, un kyste de l'ovaire droit, du volume du poing, très dur, mobile, sans fluctuation. Dans l'espace de trois mois, la tumeur atteint le volume d'une tête fœtale, utérus dévié à gauche. En septembre 1876, on revit la malade qui était enceinte au neuvième mois lunaire. Première position de l'occiput, déviation de la tête à gauche.

A droite et en arrière, tumeur élastique du volume d'une tête fœtale, obstruant presque complètement l'entrée du bassin, et dont le sommet descend un peu au-dessous du niveau du détroit supérieur. Le 30 septembre, expulsion, hors des parties génitales d'une grande quantité d'eau

au moment de l'accouchement; l'examen clinique d'une partie de cette eau ne put démontrer s'il s'agissait de liquide amniotique et kystique.

Première position de l'occiput. — A droite, on sent une tumeur élevée non séparable de l'utérus et proéminant seulement légèrement dans l'excavation pelvienne. Le reste de l'accouchement est normal. Fille vivante. Pendant l'accouchement, il y eut expulsion encore de beaucoup d'eau; on n'avait plus senti de poche. La souplesse des parois abdominales permit de faire une exploration bi-manuelle minutieuse. De l'ancien kyste on ne trouva qu'une résistance assez modérée à droite de l'utérus. Schauta pensa que le kyste s'était vidé dans la trompe et de là dans l'utérus. Il s'appuie pour cela sur la quantité d'eau qui a été expulsée, quoiqu'on ait remarqué peu de liquide amniotique pendant la grossesse, et sur l'absence de liquide appréciable dans la cavité péritonéale. Pendant la puerpéralité normale, le kyste se remplit rapidement à nouveau et avait atteint le 9 octobre de nouveau le volume d'une tête fœtale,

En janvier 1878, il revit cette femme qui était encore enceinte. Mêmes symptômes qu'auparavant, seulement le fœtus était placé plus transversalement, le siège dans la fosse illiaque gauche. Au début des douleurs, le kyste tendu descend dans le cul-de-sac vaginal postérieur. Au bout de peu de temps, la tête descend légèrement dans le petit bassin, et on ne sent plus le kyste. Après la rupture de la poche, écoulement d'une grande quantité de liquide. Accouchement normal. L'utérus est ensuite sur la ligne médiane. L'exploration minutieuse ne permet de sentir aucun kyste. Le dixième jour, le kyste est de nouveau rempli, et du volume d'une tête fœtale. Schauta croit que dans le deuxième accouchement, le contenu du kyste s'est vidé dans la cavité péritonéale. On ne dit pas si on a pu y sentir du liquide.

Cette particularité que présente cette observation de Schauta, est une chose qui a été déjà signalée, mais en dehors de la gravidité. Barnes s'exprime ainsi (1) : « Les kystes ovariques peuvent aussi s'ouvrir dans la trompe. Richard cite des cas dans lesquels une longue portion de la trompe avait été comprise dans le kyste et dont le contenu avait fait son chemin par la trompe dans l'utérus, la partie de la trompe intéressée avait augmenté en longueur et en largeur et les plis de la muqueuse étaient en partie effacés, on trouva une large ouverture de communication entre le kyste et la trompe. »

Les symptômes de cet accident ne présentent rien de spécial

(1) *Maladies des femmes*, p. 292. (Trad. française.)

chez la femme gravide. Nous les résumons : la rupture est quelquefois précédée de malaises, elle s'accuse soit par une douleur, ou une sensation bizarre, par une sensation de rupture, de pesanteur. La tumeur disparaît, la paroi abdominale est molle, dépressible, on ne sent plus le globe formé par le kyste. A la percussion on trouve un son clair où il y avait de la matité. Si le kyste occupait la fosse de Douglas, on ne trouve plus la tumeur qui faisait bomber le cul-de-sac postérieur du vagin ; l'accouchement, qui était impossible, s'achève spontanément. La palpation peut faire reconnaître les signes d'un épanchement abdominal. Des mictions copieuses, une salivation abondante peuvent éliminer les liquides.

Quelquefois des accidents graves se déclarent immédiatement. On peut observer même la mort subite. Sp. Wells (1) rapporte deux cas de terminaison aussi funeste : « Un matin, dit-il, la femme, après s'être retournée brusquement dans le lit, s'écria qu'elle venait de sentir quelque chose se rompre dans elle, et mourut presque instantanément, » et l'autre femme, « après s'être trouvée très bien la veille, s'éveilla au bout de trois heures de sommeil, se plaignit de grandes douleurs, toussa, tomba sur son dos et mourut subitement. » En dehors de tels événements, le plus souvent une péritonite est la conséquence de l'épanchement du contenu kystique dans la cavité péritonéale. La rupture des kystes dermoïdes expose tout particulièrement les jours de la femme. Cependant les cas dans lesquels les kystes dermoïdes se sont vidés dans un viscère présentent un pronostic bien moins défavorable. Il en est de même pour toutes les variétés de kystes, dont le contenu s'échappe au dehors.

La péritonite peut faire défaut quand c'est le liquide d'un kyste séreux qui s'épanche dans la cavité abdominale. Le liquide étant moins irritant pour la séreuse peut être résorbé au bout de quelque temps : dans les cas de ce genre on ne voit aucun accident fâcheux survenir après la rupture. Quelques femmes ont présenté cet accident dans deux grossesses.

Malgré ces exceptions, c'est toujours un accident grave qui expose très sérieusement les jours de la femme.

(1) *Des tumeurs de l'ovaire*, etc. (Trad. de P. Rodet, p. 404 et 405.)

Au point de vue général, Nepveu a trouvé 63 morts pour 127 cas de ruptures intra-abdominales, c'est-à-dire une mortalité de 50 p. 100. Aronson (1) trouve une mortalité de 41.13 p. 105, guérison 37,66 p. 100, amélioration 21,21 p. 100.

C'est donc une complication très grave pour l'état gravidique. Nous trouvons pour les ruptures en général, grossesse, travail et puerpéralité :

Quarante-neuf femmes ont eu cinquante-deux ruptures. — 23 guérisons, 24 morts, 2 fois sort inconnu.

(Nous n'avons pas trouvé indiqué le moment de la rupture pour trois malades de Fetscherin, 2 vivantes, 1 morte qui sont comprises dans les chiffres précédents).

Pour le cours de la grossesse :

Dix-neuf femmes ont eu vingt et une ruptures. — 10 guérisons, 8 mortes, 1 (sort inconnu).

Pour le travail :

Quinze femmes, seize ruptures. — 7 guérisons, 8 mortes.

Pour la puerpéralité :

Douze femmes, douze ruptures. — 4 vivantes, 7 mortes, 1 (sort inconnu).

Ces chiffres nous permettent de suite de dire que cet accident est beaucoup plus dangereux quand il est sous la dépendance du traumatisme de l'accouchement, les chiffres de la mortalité nous le démontrent d'une façon évidente.

L'influence de la rupture sur la femme enceinte est sérieuse. Cependant les cas de guérison semblent l'emporter sur ceux de la mortalité, 10 vivantes pour 8 mortes.

Une femme guérit après l'ovariotomie et alla jusqu'au terme normal (Sp. Wells). Chez celles qui survécurent, on trouve : 2 qui avortèrent, 4 allèrent au terme, parmi lesquelles l'une (la malade de Tuffnell) malgré une péritonite put conduire sa grossesse jusqu'au terme normal. Pour les autres nous manquons de renseignements.

Si des adhérences ont pu se former soit avec un viscère ou avec la paroi abdominale et qu'une rupture se fasse à ce niveau,

(1) *Diss. de Zurich*, 1883.

le danger couru par la mère sera bien moins grand ; mais elle est exposée à une longue suppuration du kyste.

8 femmes moururent dont une subitement (cas de Sp. Wells).

Nous trouvons signalé 1 avortement, 1 accouchement.

Bartscher fit l'opération césarienne *post mortem*.

L'étude de l'influence de la rupture comme complication du travail nous montre que la mort n'est point survenue pendant le travail, mais quelquefois immédiatement après, une demi-heure après (Battey), trente-six heures après (Camden), le deuxième jours après l'accouchement (Ashwell)... La péritonite consécutive cause le plus souvent la mort de la femme ; on doit ajouter à cette cause de mort l'épuisement de la femme causé par les difficultés de l'accouchement. Des manœuvres faites pour refouler le kyste doivent être incriminées dans le cas de Camden. L'accident, comme nous l'avons dit a pu permettre ensuite un accouchement spontané ou une application de forceps couronnée de succès.

Certains kystes ont disparu pendant le travail, sans conséquences fâcheuses. Le contenu a été résorbé.

Nous concluons donc que la rupture du kyste est toujours une complication grave pour la grossesse, et que son pronostic est beaucoup plus grave quand l'accident est le résultat des lésions supportées par le kyste sous l'influence du travail.

Je ne ferai que signaler l'expulsion des kystes de l'ovaire après l'accouchement par une fente transversale du vagin (Berry, Mangenot), il s'est produit une véritable ovariotomie vaginale, le médecin n'ayant plus qu'à jeter une ligature sur le pédicule, le phénomène s'étant produit pendant les suites de couches dans ces cas ; il peut cependant aussi se montrer pendant le cours du travail (cas de Harting).

Torsion du pédicule. — La tumeur peut tourner sur son axe et le pédicule présente quelquefois deux ou trois tours de torsion.

C'est un accident qu'on rencontre quelquefois pendant la grossesse et la puerpéralité. Les observations ne sont pas bien nom-

breuses puisque nous n'avons pu en réunir que 18 dont 11 pour la grossesse.

Aronson (1) dans son étude générale sur la rupture, la suppuration et la torsion des kystes de l'ovaire, a réuni 72 cas de torsion sur lesquels il a trouvé 33 guérisons, 27 morts, 12 fois sort inconnu. On a fait 36 fois l'ovariotomie, 28 fois avec succès, 6 fois avec insuccès, 2 fois sort inconnu.

On peut rencontrer pendant la grossesse deux variétés cliniques de torsion du pédicule, la forme lente et la forme brusque. Dans la forme lente l'enroulement se produit petit à petit, la circulation se fait encore, mais plus faiblement. Aucun phénomène apparent ne survient : c'est à l'examen pendant une ovariotomie ou pendant une autopsie qu'on découvre la torsion du pédicule. Spencer Wells (2) pense qu'il doit y avoir des cas où cet accident passe inaperçu. Schrœder trouva dans une ovariotomie un tour de torsion sans qu'il y ait eu d'accidents. Nolting trouva deux tours dans son cas. (une rupture du kyste pendant l'accouchement avait entraîné la mort). D'autres fois, les vaisseaux veineux sont plus comprimés, le sang arrivant par les artères détermine de la congestion et des hémorrhagies consécutives. Spiegelberg, enlevant un kyste pendant la grossesse vit un tour complet et une hémorrhagie fraîche du pédicule. Wilson, opérant de même, trouva aussi une rotation et une hémorrhagie intra-kystique, Les conséquences sont parfois plus sérieuses : Scott fit une ovariotomie chez une femme six mois après son accouchement, le pédicule présentait un tour et demi de torsion. Cette femme avait souffert de péritonite. Une femme observée par Muller ressentait trois jours après son accouchement des douleurs, des phénomènes de péritonite suivis d'amélioration ; deux mois et demi après, à l'ovariotomie on trouva deux tours et demi de rotation et une hémorrhagie intra-kystique. Mais malheureusement c'est la forme brusque qu'on observe dans quelques cas, elle est très dangereuse : « Les grosses veines sont comprimées, et le sang continue à affluer vers le kyste par les artères. Con-

(1) *Loc. cit.*
(2) Traduction de Rodet, p. 68.

gestion, exsudation de sérum, extravasation du sang dans les kystes et leur rupture, telles en sont les conséquences et tel est l'ordre dans lequel ces phénomènes se succédent et si l'on n'intervient pas à temps par l'ovariotomie, la malade succombe promptement. Si la rotation est complète et persistante, les artères du pédicule sont étranglées et la gangrène est inévitable » (Sp. Wells)(1). Cet accident a été observé pendant la grossesse par Sp. Wells au huitième mois, par Thornton chez une femme à l'occasion d'un mouvement pour se retourner dans son lit, par Barnes, deux fois par Sutton, par Gooch ; pendant la puerpéralité par Veit deux fois, par John Edwards, par Stansbury, par Lawson Tait pour un kyste parovarique, par E. Martin, par Möller. On peut se demander s'il n'existait pas déjà chez ces femmes une torsion qu'on pourrait appeler *latente*, et qui s'est encore augmentée sous l'influence d'un mouvement brusque. Les symptômes sont ceux qu'on observe dans tous les cas en général. Les observations signalent des douleurs vives abdominales, des symptômes de péritonite, parfois des coliques, du shock et la mort ne se fait pas souvent beaucoup attendre, à moins qu'une intervention rapide ait pu écarter les dangers.

On peut se demander si la grossesse prédispose à la torsion du pédicule et comment elle agit. Etant donné les conditions de mobilité d'un kyste non adhérent, quand le pédicule n'est pas trop court ou large, tous les déplacements, tous les mouvements qu'il subira pourront le faire tourner sur son axe. Ce sont les déplacements du kyste par l'utérus que nous trouvons signalés comme cause par Barnes, Olshausen, Heiberg. Ces déplacements existent en réalité : l'utérus soulève le kyste, le pousse ensuite sur un côté, le kyste quitte la fosse de Douglas ou le plan du détroit supérieur; ces déplacements peuvent s'accompagner d'un certain degré de rotation sur l'axe vertical du kyste. Après l'accouchement, le retrait de l'utérus laisse de la place au kyste, celui-ci tend encore à se déplacer, sa face antérieure peut devenir latérale sous l'influence de la pression exercée par les muscles de la paroi abdominale, un certain degré de rotation peut

(1) *Loc. cit*, 69.

encore se produire. Le mouvement de rotation ainsi commencé pourra s'accentuer à l'occasion d'un mouvement plus ou moins brusque (observations de Thornton), la constriction des vaisseaux peut être alors suffisante pour déterminer les accidents qui vont quelquefois jusqu'à la gangrène (cas de Gooch, de Lawson Tait, Thornton, Stansbury). Il est évident que deux tours de torsion (Nolting), que trois tours (Thornton), ne peuvent se produire tout d'un coup. Nous sommes donc autorisé par des faits du genre de ceux de Schrœder, de Spiegelberg (un tour de rotation sans symptômes), à penser que bien des fois l'apparition d'accidents n'est que le résultat d'une augmentation subite du degré de torsion. Cependant, un demi-tour (Stansbury), un tour et demi (John Edwards), ont pu suffire déjà pour occasionner des accidents mortels.

Thornton (1) considère la ponction comme pouvant favoriser la rotation, parce que les mouvements des intestins et les mouvements du fœtus peuvent agir sur le kyste qui est flasque et sans adhérences. On comprend assez difficilement l'action des mouvements de l'enfant.

Cet accident semble-il plus fréquent pendant la grossesse ?

Pour répondre à ces questions, il faudrait des statistiques basées sur un très grand nombre de cas, ce qu'on ne possède pas, et les comparer avec celles de la fréquence de cet accident se produisant dans les circonstances ordinaires. C'est là un désideratum.

Tous ceux qui ont étudié ce phénomène de la torsion du pédicule s'accordent à considérer la grossesse comme une cause de cette rotation sur l'axe. On peut expliquer assez facilement par les différents déplacements que subit le kyste, les différents degrés de torsion que signalent les observations. Il est donc légitime de penser qu'en réalité la grossesse et le travail prédisposent à cet accident. D'ailleurs, les 18 cas que nous avons pu réunir représentent déjà une proportion relativement élevée comparée à la fréquence d'accidents d'un autre genre.

C'est, comme on le sait, un accident très grave et qui sera tout particulièrement sérieux en raison de l'état gravidique.

(1) *Med. Times*, vol. II, p. 83.

Pour être complet, je ne dois pas manquer de citer l'enroulement possible des intestins autour du pédicule déterminant un iléus pendant la grossesse, comme cela a été observé par Hardey (1) et par Richards (2).

Y a-t-il là un simple effet de coïncidence avec l'état gravidique ou y a-t-il une relation de cause à effet? c'est ce que nous ne pouvons dire.

Hecker (3) rapporte un cas très curieux d'étranglement du kyste dans le canal crural. L'accident survint le sixième jour des couches. On peut se demander si vraisemblablement le prolongement herniaire ne s'était pas produit pendant la grossesse ou le travail : c'est à ce titre que nous plaçons à cet endroit cette observation.

Observation VII.

Au commencement du mois d'octobre, une femme de 42 ans, enceinte pour la dix-neuvième fois, consulta Hecker, en raison d'une grande gêne de la respiration. D'après ce qu'elle disait, ses accouchements antérieurs ont été fréquemment irréguliers, et elle dut demander le secours de plusieurs accoucheurs de la ville. Un prolapsus complet de l'utérus aurait été la conséquence de ces accouchements difficiles. La grossesse actuelle aurait commencé au milieu du mois de février, et elle pensait accoucher au milieu du mois de novembre. L'exploration attentive ne donna que les résultats suivants : Le bas-ventre était si développé, qu'il parut au moins douteux que ce développement fût provoqué par la grossesse seule. On ne pouvait nulle part sentir nettement l'utérus ; il se perdait sans limite précise dans une tumeur tendue, élastique, s'étendant jusqu'à la région épigastrique ; on ne pouvait non plus sentir de contours nets de cette tumeur, qui se perdait en haut et dans les régions latérales. A la percussion, on entendait sur la ligne médiane, depuis la symphyse pubienne jusqu'au creux épigastrique un son mat ; sur les régions latérales, la matité se transformait dans les régions de l'hypochondre gauche et de l'hypochondre droit en un son tympanique ; on pouvait même entendre un son tympanique sur une largeur de deux travers de doigt à droite, entre le foie et la tumeur. En faisant changer la position de la femme,

(1) *Obstetr. trans.*, vol. V, p. 271.
(2) *Virchov's Jahresbericht*, 1874, p. 735, Bd. II.
(3) *Monatschrift für Geburtskunde*, VII, 98.

les résultats de la percussion ne furent point modifiés. La fluctuation était très nette partout ; sensation de flot. On ne constata rien à l'auscultation ; on ne put nulle part entendre des battements du cœur fœtal, quoique la femme sentît les mouvements actifs du fœtus. Par le toucher vaginal, on trouva que l'utérus, qui était prolabé avant la grossesse, était remonté ; on pouvait cependant facilement sentir la portion vaginale du col. Le col était échancré ; l'orifice externe très ouvert ; on pouvait introduire l'index à travers l'orifice interne, et on sentait ainsi nettement la tête fœtale, mobile, qui se présentait ; cette tête était également accessible à travers le cul-de-sac antérieur du vagin. On ne pouvait constater aucune tumeur autre que l'utérus, ni dans le cul-de-sac antérieur, ni dans l'espace de Douglas. Enfin, les extrémités inférieures étaient très infiltrées ; les autre organes, même les organes thoraciques étaient sains. L'existence d'une hydramnios dans le cas particulier était une hypothèse qu'on devait rejeter, parce que l'hydramnios n'est que rarement accompagnée d'un développement de l'abdomen aussi considérable que dans ce cas. On ne pouvait donc songer qu'à deux choses : à l'ascite et à l'hydropisie de l'ovaire. Plusieurs faits parlaient contre l'existence de l'ascite : d'abord les résultats de la percussion, la matité s'étendant à toute la paroi antérieure de l'abdomen et ne se modifiant pas dans les changements de position de la femme, étaient en désaccord avec l'hypothèse de l'ascite ; en outre, les organes dont les troubles peuvent donner naissance à l'ascite, comme le cœur, le foie, étaient sains. (L'œdème des membres inférieurs m'a décidé à analyser l'urine, qui ne contenait pas de traces d'albumine). On dut donc accepter le diagnostic d'une hydropisie de l'ovaire, malgré le dire de la femme, qui prétendait n'avoir pas eu le ventre volumineux avant cette dernière grossesse. La femme ne se plaignait que de gêne de la respiration dans les derniers temps ; elle ne pouvait rester couchée au lit, mais était obligée de rester assise, sans pouvoir dormir. Elle urinait peu et avec grandes difficultés. Ces phénomènes de compression, faciles à comprendre en raison du développement de l'abdomen, devinrent très intenses ; la quantité d'urine émise chaque jour devint très peu considérable ; le cathétérisme ne donnait issue qu'à quelques gouttes d'urine ; la respiration était accélérée, pénible ; à certains moments, il y avait de l'orthopnée très pénible pour la malade. Les symptômes n'étaient pas alors assez alarmants pour nécessiter une intervention énergique, d'autant plus que les organes thoraciques étaient sains, et que le système vasculaire était encore intact ; le pouls ne dépassait pas 80 pulsations par minute. Mais ces symptômes prirent rapidement une telle intensité, qu'il devint nécessaire de provoquer l'accouchement prématuré pour diminuer le volume du ventre, et faire cesser au moins en partie la compression que le développement du ventre déterminait au niveau des organes thoraciques. On décida, le 12 octobre, de provoquer le travail prématuré, quoiqu'on ne connût l'âge du fœtus et sa viabilité que d'après

l'époque des dernières règles, les limites de l'utérus étant impossibles à déterminer. D'après la malade, le terme normal de la grossesse devait avoir lieu dans quatre semaines. Le choix de la méthode de provocation du travail fut basé sur la perméabilité complète de l'orifice interne du col et la présentation de la tête. A midi, je perforai les membranes à l'aide d'une aiguille à tricoter, pendant que la malade était debout, puis j'élargis l'ouverture, ainsi faite, à l'aide du doigt; il s'écoula une quantité assez considérable de liquide amniotique. Vingt-quatre heures après l'opération, survinrent des contractions utérines, et au bout de quatre heures le 13 octobre, à 7 heures 3/4 du soir, la femme accoucha, par conséquent trente-une heures après la ponction des membranes. L'enfant, pesant 4 livres et demie, long de 16 pouces, du sexe féminin, dont le développement correspondait aux indications de la mère, cria aussitôt après son expulsion et continua à vivre. L'exploration de la malade, qui se trouvait soulagée après l'accouchement, démontra l'existence d'une tumeur dans l'abdomen. Le ventre n'avait que peu diminué de volume et présentait à peu près les mêmes symptômes qu'auparavant.

La puerpéralité fut très régulière pendant les premiers jours; la dyspnée diminua; bientôt la femme émit une grande quantité d'urine et l'œdème des extrémités inférieures diminua; les lochies furent peu abondantes; il n'y eut pas de tension des seins. L'état se modifia subitement le 19 octobre, le sixième jour de la puerpéralité, d'une façon étonnante. On trouva que le visage exprimait la douleur; l'abdomen était plus tendu que les jours précédents et sensible au moindre contact extérieur; le pouls était fréquent et dur. Comme il était survenu, en outre, des vomissements spontanés de masses verdâtres, on ne douta pas de l'existence d'une péritonite très aiguë. Cet état, surtout en raison de l'insuffisance des soins donnés à la malade, rendit désirable l'admission de la malade dans un hôpital. Elle fut transportée le jour suivant dans la maison de santé Belhanien, vu l'aggravation du mal, malgré le traitement employé. Elle mourut le 21 octobre, à 6 heures du matin. La veille, on avait constaté une toute petite tumeur sortant du canal crural droit, et en raison des douleurs intenses dans l'abdomen, et les vomissements continuels, on avait diagnostiqué une hernie crurale étranglée. L'autopsie, faite le 22 octobre, à 6 heures du soir, donna les renseignements suivants : l'abdomen était rempli par une tumeur, qu'on reconnut être formée par un kyste de l'ovaire gauche; ce kyste, à parois minces, uniloculaire, était rempli d'une énorme quantité de liquide clair, aqueux. Son pédicule était large; il semblait mobile dans toute son étendue, à l'exception d'une place. Cet endroit où le kyste était fixé correspondait au canal crural droit : on voyait même parfaitement une partie de la paroi kystique engagée dans ce canal, et par des tractions prudentes sur le kyste, on réussit à rendre libre la partie étranglée dans le canal et à l'attirer dans la cavité abdo-

minale. Un examen plus attentif de la partie qui avait été étranglée montra qu'elle avait l'étendue d'une pièce de deux thalers et qu'elle était facile à distinguer des parties voisines en raison d'un cercle dû à la compression qui s'y était produite. On ne put constater au niveau de cette partie de la paroi kystique aucune des modifications qui sont habituellement le résultat de l'incarcération. Sur le péritoine, on trouva les produits d'une inflammation aiguë, car non seulement la surface du foie, des intestins et des ovaires était couverte d'un exsudat récent, mais encore la cavité abdominale contenait une grande quantité de liquide jaune, mêlé de flocons. Dans aucun autre organe on ne put trouver d'anomalie ; l'utérus avait une involution normale, ses annexes étaient saines; dans l'ovaire droit, couvert de cicatrices, on trouva un corps jaune, large de 4 millimètres environ, qui correspondait donc certainement à la grossesse. — Il s'agissait donc ici d'un cas très rare, d'une hernie crurale, formée par la paroi d'un kyste ovarique. On pouvait se demander si réellement la péritonite si rapide était due au passage de la paroi kystique dans le canal crural, ou si cette péritonite n'était pas indépendante de cette hernie. Pour admettre la production de la péritonite sans influence de la hernie, il aurait fallu qu'il existât une autre cause de péritonite, car en raison de la conformation tout à fait normale des organes génitaux, abstraction faite du début subit et de la marche rapide de la maladie, on ne pouvait songer à une péritonite puerpérale ; quant aux autres causes possibles de la péritonite, elles manquaient complètement. Il était donc bien plus probable que sous l'influence de la hernie de la paroi kystique, il s'est produit une irritation qui a eu la péritonite pour conséquence. Le moment de la production de cette hernie resta inconnu. Dans tous les cas, les conséquences de la kélotomie auraient été favorables ; mais il n'y avait plus aucune indication à faire cette opération au moment où l'on a posé le diagnostic. On aurait nécessairement pris la paroi kystique pour le sac herniaire ; on l'aurait ouverte, et par l'ouverture se serait écoulé le contenu de l'ovaire dégénéré. Sous l'influence de circonstances favorables, le mal aurait pu guérir peut-être de cette manière.

Nous devons encore signaler la marche rapide que prend l'évolution de certains kystes. Méconnus absolument avant la grossesse, ils se développent avec une rapidité excessive, prennent rapidement des adhérences avec la paroi abdominale, avec les organes intra-abdominaux. Le stroma des kystes peut prendre un développement considérable, le tissu conjonctif adulte qui le compose peut être le point de départ de néoformations plus embryonnaires : sarcomateuses, myxomateuses, etc. L'affection

est grave pendant la grossesse par les adhérences, par les ruptures qui peuvent se produire en des points ramollis, et aussi par les difficultés opératoires qui peuvent compromettre le succès dans une ovariotomie, comme cela est arrivé dans le cas de M. le professeur Gross que nous relatons à l'occasion de l'ovariotomie.

ANT

CHAPITRE IV

KYSTES OVARIQUES COMPLIQUANT LA GROSSESSE.

Quand on réunit les diverses observations de grossesse compliquée de kyste ovarique, on s'aperçoit immédiatement que dans la publication des faits on a eu particulièrement en vue les cas dans lesquels un accident, une difficulté, une méthode de traitement étaient les phénomènes dominants. Souvent des détails sont négligés pour laisser plus de place à la description du fait en raison duquel l'observation a été insérée dans les annales de la science. Les cas simples, les cas heureux ont été moins souvent publiés relativement aux faits dans lesquels des difficultés ont surgi. Prendre les observations en bloc, sans discernement, expose à comparer des cas dissemblables. Tel kyste par sa situation et son volume ne créera que des malaises généraux, tandis que tel autre, quoique beaucoup moins volumineux, après être resté inaperçu pendant la gestation exposera la femme et l'enfant aux plus grands dangers au moment de l'expulsion du fruit de la conception.

Il est donc nécessaire de grouper les faits de même nature, ceux qui se sont présentés dans des conditions à peu près identiques; d'en tirer les enseignements qu'ils fournissent pour les mettre en pratique dans les cas où le médecin est appelé à intervenir.

Après ce que nous avons dit précédemment, nous tiendrons compte autant que les faits nous le permettront de la distinction basée sur le siège de la tumeur.

Nous étudierons comment l'existence d'un kyste de l'ovaire complique la grossesse, prise dans le sens le plus étendu. Mais comme pendant les dernières heures de la grossesse, pendant le travail, de nouvelles conditions sont créés par les phénomènes

d'expulsion et de passage du fœtus à travers la filière pelvienne, il y a lieu de diviser pour notre étude la grossesse en deux périodes : 1° celle qui va du début jusqu'au travail ; 2° celle qui, en raison de phénomènes spéciaux, s'appelle la période d'expulsion, du travail, ou accouchement.

PENDANT LA GROSSESSE, AVANT LE TRAVAIL.

Lorsque nous étudiions les modifications qui peuvent survenir du côté du kyste pendant la grossesse, nous faisions remarquer que si ces modifications peuvent exister, elles ne se présentent pas toujours au même degré. Nous avons vu que l'accroissement de volume n'était pas un fait qu'on pouvait mettre en doute, qu'il existait assez souvent. D'autres fois il fait défaut, et même le contraire pourrait exister, c'est-à-dire que sous l'influence des pressions, d'un certain degré de torsion du pédicule, le kyste pourrait même diminuer de volume. Cette constatation nous permet donc de penser que la grossesse compliquée de kyste de l'ovaire ne se présentera pas toujours avec les mêmes phénomènes. Si des malaises, si des accidents, des dangers et même la mort peuvent être les différents faits qu'on trouve dans les observations, il n'en est pas moins vrai que la grossesse peut se passer, alors même qu'il existe un kyste, sans présenter de phénomènes importants. Il ne faudrait pas croire que dans tous les cas, il survienne quelque chose d'assez important pour amener la femme vers le médecin. Bien des femmes qni se présentent au médecin avec de gros kystes de l'ovaire lui apprennent qu'elles ont eu un certain nombre de grossesses, depuis le moment où elles ont remarqué que leur ventre avait pris un développement qui n'était pas habituel, qu'entre les grossesses elles restaient avec un abdomen plus volumineux qu'autrefois. Plusieurs fois le médecin a été à même de vérifier ce fait, lorsqu'il savait telle malade porteur d'un kyste de l'ovaire et qu'il voyait se dérouler sous ses yeux une série de grossesses sans qu'il soit besoin d'aucune intervention. Spencer Wells (1) dit lui-même,

(1) *Ovariotomie pendant la grossesse*, p. 215. (Traduction de Keser.)

qu'il peut citer plus d'un cas en faveur de cette manière de voir. « Je me rappelle entre autres, dit-il, celui d'une femme qui, bien qu'atteinte d'un kyste ovarien, devint enceinte cinq fois et eut cinq enfants sans aucun accident; le kyste s'était développé lentement et n'avait jamais été ponctionné. Il n'y avait eu ni avortement ni accouchement prématuré. » Il cite encore le cas d'une femme qu'il opéra au sixième mois de sa septième grossesse, et qui avait eu six enfants depuis le moment où la tumeur avait été reconnue. On pourrait citer ainsi beaucoup d'observations où il est mentionné que la femme avait eu une ou plusieurs grossesses depuis l'apparition du kyste jusqu'au moment où elles se sont présentées au médecin.

Spencer Wells donne la véritable raison de cette innocuité relative du kyste pendant la grossesse, quand il dit que le kyste s'était développé lentement et n'avait jamais été ponctionné. C'est qu'il faut, en effet, tenir le plus grand compte du volume du kyste, de la rapidité de son développement, du traitement qu'il nécessite. Si son développement se fait insensiblement, l'organisme s'habitue peu à peu à la gêne qu'il détermine; mais vient-il à se développer rapidement pendant que, d'un autre côté, l'utérus à son tour subit ses modifications gravidiques, l'effet sera tout autre, la gêne sera excessive, ou bien le kyste cédant sous la pression se déchirera.

Telle est l'opinion qu'avait soutenue Ruge (1) quand il eut soumis, comme il le dit, à la critique ce qu'il a trouvé dans la littérature. Heiberg, comparant les résultats qu'il trouve au point de vue de l'interruption du cours de la gestation, pour les observations qu'il a réunies avec ce qui se produit en dehors de la complication de la grossesse par kyste ovarique, partage aussi la même opinion.

Nous sommes loin de nier que les kystes ne soient une véritable complication dangereuse, mais nous pensons que si l'on ne considérait que les observations publiées relatant des faits de rupture, de suppuration, de torsion, de dyspnée extrême, on se laisserait diriger par cette idée qu'il faut se tenir prêt à toujours

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1874, p. 572. (Soc. obst. de Berlin.)
(2) *Gesellschaft. Gyn. in Berlin*, 16 juin 1874.

intervenir quand un kyste complique une gestation. Il y a là un fait important à connaître au point de vue du traitement à employer pendant la grossesse; c'est de l'idée qu'on se fait de ce qu'il peut survenir qu'on fait découler sa thérapeutique. Nous aurons occasion de voir plus loin, que c'est en raison des dangers qui peuvent survenir, que certains chirurgiens se sont pro noncés d'une façon catégorique pour une méthode de traitement.

Si nous voulions donner des chiffres pour montrer que les kystes ovariques peuvent permettre à la grossesse d'aller à terme, nous dirions que 257 femmes qui ont eu ensemble 321 grossesses sont allées 246 fois à terme.

Si nous admettons que dans beaucoup de cas la femme peut aller jusqu'au terme sans être incommodée d'une façon bien importante par son kyste, nous sommes loin de dire qu'il faut s'attendre à voir les faits se présenter toujours de la sorte. Cela pourra surtout se produire quand le kyste sera peu volumineux, comme une orange, comme le poing, comme une tête de fœtus, tels sont les points de comparaison qu'emploient les auteurs. Un kyste de ce volume, placé a côté de l'utérus et même dans la cavité pelvienne, passera bien des fois inaperçu pendant le cours de la gestation, et la femme arrivera à terme alors qu'on n'aura pas même soupçonné l'existence d'une tumeur qui va peut-être devenir la cause des plus grandes difficultés.

Il n'en sera plus de même si le kyste présente un volume plus important; nous allons voir que l'élément *volume* va jouer maintenant un rôle important. Quand une femme arrive au terme d'une gestation normale, que l'utérus a atteint le volume qu'il doit prendre dans le dernier mois, la femme est incommodée; sa démarche, la fréquence de sa respiration, tout traduit la gêne qu'occasionne l'utérus gravide. Mais la gêne sera beaucoup plus sérieuse, la marche plus pénible, la respiration plus difficile quand à cet utérus à terme s'adjoindra une autre tumeur d'égal développement sinon supérieur.

C'est l'augmentation de volume du ventre qui va devenir la source de tous les malaises; c'est la surdistension abdominale qui attirera tout de suite l'attention de la femme enceinte. Un premier fait, qui sera noté par les personnes qui l'entourent,

c'est que de bonne heure, dès les quatre ou cinq premiers mois, cette femme présentait un abdomen aussi volumineux que celui d'une femme arrivée au terme de sa grossesse. Tant que le phénomène de développement abdominal ne dépasse pas un certain degré, il y a peu de malaises, ceux qui existent dépassent à peine ceux que toute femme gravide supporte. Mais si le kyste dépasse le volume d'une tête d'adulte, au phénomène de développement extraordinaire du ventre, s'ajoutent des phénomènes pénibles.

Ce kyste, surtout quand il atteint des dimensions telles qu'il contient 20, 30, 40 litres de liquide, devient excessivement gênant, il doit se loger dans la cavité abdominale, et il ne peut le faire qu'en en augmentant la capacité, en la surdistendant, en forçant l'élasticité des parois : il refoule les organes, les comprime. Il résulte donc de cet état de choses, des malaises, des souffrances. Dans quelques cas il peut se faire une sorte d'habitude, et malgré un développement déjà bien prononcé, la femme n'est pas trop incommodée, mais quand le kyste vient à s'accroître d'une façon continue, les malaises peuvent devenir insupportables et nécessitent absolument une intervention de la part du médecin. Ruge (1) a rapporté l'observation d'une femme enceinte qui portait un énorme kyste de l'ovaire. Elle avait eu un accouchement naturel huit ans auparavant, cette fois, avec ce kyste, elle avait eu une grossesse très pénible, la tumeur avait pris un grand développement ; la femme souffrit de nombreux malaises, constipation, palpitations, dyspnée, douleurs de côté, amaigrissement, dilatation énorme des veines; l'ombilic faisait une saillie, l'abdomen était pendant. Tous ces phénomènes avaient fait porter le diagnostic d'hydramnios; aussi proposa-t-on l'accouchement prématuré, mais la femme s'y refusa. Elle accoucha ensuite naturellement mais un peu trop tôt. Dans la puerpéralité il y eut prolapsus utérin, et l'on fit l'ovariotomie peu après l'accouchement, la femme mourut dix-sept heures après.

Voilà un exemple qui montre bien tous les malaises que peut

(1) *Beiträge zur Geb. und Gyn.*, Bd. 11, 131.

produire un kyste ovarique: ce sont des phénomènes qui se passent du côté des organes compris dans la cavité abdominales, ou du côté des organes en rapport de voisinage avec l'abdomen. Je laisse de côté, à dessein, actuellement l'influence du kyste sur l'utérus gravide, par conséquent l'influence sur le produit fécondé que renferme ce viscère.

Il n'est pas nécessaire de longtemps s'étendre sur le mécanisme de production des différents malaises que nous avons vu énumérés dans l'observation de Ruge : il se comprend très facilement.

La cause des douleurs réside dans la distension de la paroi abdominale : cette sangle élastique se prête pendant un certain temps, mais à un moment donné, le tiraillement au niveau des attaches musculaires, le déchirement des fibres du tissu musculaire et du tissu connectif produisent des phénomènes douloureux. Si on ajoute à cela la compression des organes, la compression directe des filets nerveux, on s'expliquera aisément les douleurs sourdes et continues ressenties du côté de la cavité abdominale, les points de côté.

Le kyste refoule les intestins, qui se logent où ils peuvent: vers la partie supérieure de la cavité abdominale, dans les flancs: l'estomac lui-même est plus ou moins comprimé ou refoulé ; il en résulte que les fonctions digestives ne se font que difficilement, péniblement : c'est un symptôme que l'on a trouvé noté dans les observations. Les réservoirs contenus dans la cavité abdominale sont plus ou moins comprimés ou gênés dans leur fonctionnement, de là, des difficultés du côté de la miction, parfois des envies fréquentes d'uriner, des compressions du rectum ou de l'S iliaque, qui se traduisent par de la constipation.

Le kyste peut encore comprimer les vaisseaux qui se rendent de la cavité abdominale vers les membres inférieurs, gêner la circulation de retour, favoriser ainsi la production de l'œdème, de varices, des circulations collatérales à travers les parois abdominales.

Ce n'est pas seulement sur les organes contenus dans la cavité abdominale que la compression exercée par le kyste se fera

sentir, mais ce sera aussi sur les appareils renfermés dans la cage thoracique. Le kyste lui-même ou les intestins refoulés vers la partie supérieure, refouleront à leur tour le foie et le diaphragme ; celui-ci ne pourra plus fonctionner normalement, il ne pourra plus s'abaisser ; de cette façon, la cage thoracique perd dans le sens de sa hauteur, les poumons sont refoulés, le thorax diminue de capacité ; et cela se traduira par de la gêne de la respiration, de la fréquence des mouvements respiratoires, et si les malaises augmentent, il y a une véritable dyspnée inquiétante, des accès de suffocation et dans quelques cas de l'orthopnée, de la cyanose. Le cœur est dévié par le fait de ce refoulement du diaphragme, et son état de souffrance se traduit par des palpitations.

En somme, nous avons là tous les malaises qui peuvent se produire toutes les fois qu'il existe une surdistension de l'abdomen, aussi bien avec l'hydramnios qu'avec une forte ascite. Aussi les signes de grossesse joints au développement excessif du ventre et à tous ces malaises ont-ils fait croire dans plusieurs cas à une hydramnios (Guéniot) (1), et l'accouchement provoqué fut consideré comme le traitement véritablement utile. Nous avons vu Ruge le proposer.

Nous sommes heureux de pouvoir donner un exemple de kyste ovarique en ayant imposé pour une hydramnios, nous devons l'observation à l'obligeance de M. le Professeur Tarnier, qui nous a permis de puiser dans les registres de la Maternité.

Observation VIII.

Kyste de l'ovaire.

La nommée F. M..., entrée à la Maternitée le 17 mai 1884, est bien constituée et d'une bonne constitution. Menstruée pour la première fois à l'âge de 15 ans, ses règles reviennent tous les mois et durent trois jours environ, pendant lesquels elle perd abondamment. Elle est déjà accouchée 6 fois spontanément ; 6 enfants, dont 3 garçons et 3 filles sont tous venus par le sommet et à terme.

Interrogée sur sa dernière époque menstruelle, elle ne donne que des

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1872, p. 906.

renseignements incertains, sur lesquels on ne peut se baser pour diagnostiquer l'âge de sa septième grossesse. Celle-ci fut troublée par des nausées suivies de vomissements, de la rachialgie, de la somnolence, et par un énorme kyste de l'ovaire.

Examinée dès son entrée, on fut frappé par le développement exagéré de son abdomen, développement produit par l'état pathologique de l'ovaire, et un utérus rempli du produit de conception.

Le 18 mai, vers 7 heures du soir, le travail se déclara, et le 19, vers midi reconnaissant une présentation en O.I.G.A., une dilatation suffisamment grande, on crut à une hydramnios et l'on déchira les membranes pour soulager la malade qui se plaignait d'une dyspnée très intense. Le travail fut long, ce ne fut que le 21, vers 1 heure 30 du soir, que Mme Henry put tenter la version podalique. L'enfant naquit vivante, pesant 1,120 gram. le poids et l'aspect indiquaient une enfant de 7 mois environ, qui placée dans la couveuse, mourut quelques jours après.

Quant à la mère, elle fut délivrée naturellement dix minutes après l'extraction de l'enfant; le placenta était sain, de forme circulaire, il pesait 415 gram., le travail avait duré soixante-neuf heures, trente minutes. Quelques heures après l'accouchement, M. Marchand fit une première ponction, le liquide évacué était filant et onctueux, de couleur verdâtre, pourtant vers la fin, il était rosé : 10 litres environ.

M. Marchand fit encore depuis trois autres ponctions. La malade fut placée à la salle Lenet, trente-neuf jours après son accouchement, où elle resta jusqu'au 30 mars 1885, jour de son décès.

Autopsie: Tumeur kystique multiloculaire d'un ovaire; mal de Bright; néphrite parenchymateuse; œdème généralisé. Le kyste était adhérent dans toute son étendue. Pèse 7 kilogr., après l'ouverture d'une de ses poches qui renfermait environ un litre de pus. Il paraît bosselé, irrégulier; présente des parties molles, fluctuantes. Dans les autres loges : liquide citrin et jaune foncé.— Les intestins refoulés présentent des adhérences anciennes. (Péritonite chronique ; encore un peu de pus.)

Plus le kyste se développera vite, plus rapidement surviendront les malaises, plus ils seront pénibles, plus ils seront dangereux.

Mais le kyste sera exposé aux dangers de compression qu'il supportera de la part de la paroi et des viscères qui réagissent aussi de leur côté : c'est de cette façon qu'il peut devenir lui-même le siège d'accidents ; les frottements pourront déterminer des poussées de péritonite locale ; mais surtout il pourra se rompre, éclater au point le moins soutenu (Kœberlé). Il sera donc nécessaire d'agir par une thérapeutique rationnelle. On pourra agir soit sur la

grossesse, soit sur le kyste : méthodes d'intervention que nous aurons à discuter. Certains médecins enlèvent par la ponction le liquide, et la quantité soustraite s'éleva dans quelques cas à 11, 17, 18 pintes, 40 litres (Steinbrenner) ; d'autres, pour agir plus radicalement, enlèvent le kyste pendant le cours même de la grossesse ; d'autres enfin préfèrent mettre la femme à l'abri de ces malaises et des accidents en interrompant le cours de la gestation.

Jusqu'à présent nous n'avons eu en vue que les désordres causés par le volume du kyste : il nous reste à nous demander si le siège de ce kyste a une influence au point de vue de la production de malaises ou d'accidents pendant la gestation. Les tumeurs volumineuses ne peuvent occuper que la cavité abdominale à moins quelles aient un prolongement vers la cavité pelvienne. En général, donc, les tumeurs qui siègent dans la cavité abdominale sont des kystes plus ou moins volumineux, et c'est par leur volume quelles produiront une influence défavorable.

Les petits kystes peuvent être soulevés par l'utérus dans son évolution gravidique et déplacés sur un côté de l'abdomen. Mais ils peuvent aussi rester dans la fosse de Douglas et s'y rencontrer au moment du travail. Le plus souvent ils ne sont diagnostiqués qu'au moment de l'accouchement quand on procède au toucher. C'est qu'ils trahissent rarement leur présence par des malaises, ou, s'il en existe, la femme les rapporte à son état gravidique. Cependant, ils peuvent déterminer des douleurs sacrées et lombaires, des douleurs dans les reins (Berry) (1), une sensation de tension et douleurs dans la région hypochondriaque (Hargreaves) (2), des difficultés du côté de la miction (Godefroy) (3).

Les kystes ovariques qui compliquent la grossesse agissent aussi sur l'utérus, et, par conséquent, sur le produit de la conception. C'est un point que nous allons maintenant examiner. Il mérite une attention toute particulière, car le fruit de la conception sera d'autant plus exposé que l'utérus sera plus gêné par le développement, le volume, la situation du kyste.

(1) *Obst. trans.*, vol. III, p. 263.
(2) *The Lancet*, 1878, vol. II, p. 476.
(3) *Gazette obstétricale de Paris*, 1875, p. 310.

Le kyste peut déplacer l'utérus gravide, produire ce qu'on appelle une déviation. Nous avons vu précédemment que le kyste pouvait se placer à côté de l'utérus, quelquefois devant cet organe, quelquefois derrière lui. Il peut aussi se placer à la partie supérieure de la cavité abdominale, d'autres fois au-dessous et en arrière.

Le kyste, lorsqu'il est volumineux, se place le plus souvent dans un des côtés de la cavité abdominale, tandis que l'utérus occupe l'autre côté. La tumeur pousse l'utérus, l'incline sur un côté; il y a inclinaison latérale de l'utérus : c'est ce que M. le professeur Stoltz a décrit dans ses deux observations publiées dans la thèse de Doumairon, c'est ce que nous avons vu chez la malade du service de M. le professeur Herrgott (1). Les deux tumeurs, utérus et kyste, sont appliquées l'une contre l'autre par une de leurs faces latérales. On reconnaît parfois très bien leur séparation tantôt par un véritable sillon, tantôt par une dépression qui sépare la partie supérieure de chaque tumeur; d'autres fois on ne sent plus de dépression, c'est lorsque le kyste peu tendu se moule sur la forme de l'utérus ou bien quand le kyste, très volumineux, distend tellement les parois abdominales qu'il n'est plus possible de sentir quelque détail par la palpation.

Le kyste peut aussi se placer devant l'utérus gravide, le masquer. Lorsqu'il est peu volumineux il peut descendre dans le petit bassin, refouler l'utérus en arrière. Spencer Wells (2) trouva un kyste qu'on sentait distinctement par le toucher, il déprimait la paroi antérieure du vagin et repoussait l'utérus en arrière. Dans ces cas, il est le plus souvent difficile d'atteindre le col qui se trouve reporté en arrière et en haut. Quand le kyste est volumineux, et placé devant l'utérus, il est plus difficile de reconnaître la grossesse, c'est ce qui existait dans le cas publié par M. le professeur Heydenreich. Après une ponction on peut reconnaître alors l'utérus gravide.

Quand le kyste est en arrière, il refoule l'utérus en avant. Il peut arriver qu'un sillon transversal sépare d'une façon distincte le sommet des deux tumeurs, comme cela est parfaitement éta-

(1) Strasbourg, 1868, p. 6.
(2) *Med. Times*, 1865, 30 septembre.

bli par l'observation de M. Alp. Herrgott. Le kyste pousse l'utérus en avant, il y a antéposition. Lorsque le kyste est petit et reste dans la fosse de Douglas, il reporte en avant le segment inférieur de l'utérus qu'on rencontre par le toucher plus ou moins appliqué contre le pubis, parfois assez élevé, il y a là quelque chose qui rappelle les signes d'une rétroversion de l'utérus gravide, la tumeur kystique pouvant être prise pour le corps de l'utérus dont le col se trouve reporté en avant. La déviation peut être également latérale; malgré ces déviations de l'organe utérin la grossesse peut aller jusqu'au terme; et au moment du travail on pourra constater ce déplacement du col utérin qu'il peut être parfois difficile d'atteindre.

L'influence du kyste sur l'organe utérin peut être encore plus marquée : c'est alors une véritable rétroversion de l'utérus ou un prolapsus qu'on peut observer.

On peut rencontrer une rétroversion de l'utérus gravide, une rétroflexion, comme l'appellent les auteurs allemands. Schrœder (1) rapporte dans les observations d'ovariotomies qu'il fit pendant la grossesse des exemples de ce genre; dans l'une « on vit une rétroflexion de l'utérus gravide surmonté de la tumeur. On avait fait des tentatives inutiles de reposition. L'utérus reprit spontanément sa forme régulière ». Dans un second cas il est dit que « l'utérus était rétroversé. » Des cas analogues ont été publiés par Martin (2), par Hardey (3), qui rétablit dans sa position normale un utérus gravide de 4 mois; celui-ci était renversé en arrière par une tumeur de l'ovaire.

L'utérus peut être aussi en état de prolapsus, comme Schrœder l'indique dans une observation, il y avait « prolapsus d'un utérus rétrofléchi. » Veit (4) dit de même que chez une malade il y avait « prolapsus de l'utérus gravide ».

Le kyste peut donc refouler l'utérus par en bas et en arrière, il peut même le faire tourner sur son axe. Ainsi, Schrœder, en faisant une ovariotomie le 30 avril 1878, chez une femme arrivée

(1) *Zeitsch. f. Geburt. und Gyn.*, Bd. V, Hft. 2.
(2) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1878, p. 227.
(3) *Obstetric trans.*, vol. V, p. 271.
(4) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1876, p. 73.

au septième mois de sa grossesse, trouva l'utérus tourné sur son axe de telle façon que le pédicule court du kyste se trouvait en arrière.

La forme même de l'utérus gravide peut être changée par le fait de la compression du kyste sur ses parois ; ainsi, Rosenthal, en faisant une ovariotomie chez une femme enceinte, trouva que l'utérus présentait la forme « d'une outre » et que cet organe reprit sa forme piriforme régulière sous ses yeux.

Ces modifications de situation de l'utérus gravide ne sont pas sans produire des malaises, des souffrances abdominales, des troubles du côté de la vessie et du rectum. Mais en outre cet utérus peut, sous l'influence de la gêne qu'il éprouve dans son développement, entrer prématurément en contraction ; et la femme est menacée d'avorter ou d'accoucher avant le terme. Quand le kyste est volumineux, l'utérus repoussé sur un côté ne peut supporter indéfiniment cette compression, il finira par entrer en contraction. On sait d'autre part, que la rétroversion d'un utérus gravide est une cause d'avortement. C'est dans le but d'arrêter ce travail prématuré, qui tendait à se faire, que A. Martin (1) fit l'ovariotomie. Il s'agissait d'un kyste dermoïde gros comme les deux poings. La femme était arrivée au troisième mois de grossesse, le kyste était au-dessus de l'utérus et l'empêchait de monter dans l'abdomen, il y eut des symptômes d'avortement ; et c'est pour cette raison que Martin procéda à l'extirpation du kyste ; la femme alla jusqu'au terme normal.

On conçoit très bien qu'un gros kyste couvrant le détroit supérieur, surtout s'il est fixé par des adhérences, puisse empêcher l'utérus de sortir du petit bassin et déterminer consécutivement l'avortement.

Nous devons ajouter que des adhérences peuvent gêner l'expansion physiologique de l'utérus. Le kyste a pu prendre des adhérences sur l'utérus comme sur les autres organes compris dans la cavité abdominale ; comme le suppose M. Guéniot, il peut y avoir là une cause de contractions prématurées à la suite des tiraillements qui peuvent résulter de ces adhérences entre le kyste et l'utérus.

(1) *Loc. cit.*, p. 224.

La grossesse sera donc assez fréquemment interrompue si nous en jugeons par ce que nous venons de dire.

C'est ce que l'on vit survenir chez une femme du service de M. le professeur Tarnier.

Observation IX.

Kyste multiloculaire ; accouchement prématuré à 7 mois.

La nommée Marie Larivé, femme Guibert, entra à la Maternité le 8 février 1882, à 4 heures du soir. Cette femme présentait un état général très mauvais, accompagné d'un développement considérable du ventre par un kyste multiloculaire, elle fut pour ces raisons reçue et placée à la salle Désormeaux. Elle y resta jusqu'au 27 février 1882, à 10 h. 1/2 du soir, jour où elle fut conduite à la salle Lachapelle. Cette femme est multipare, elle dit avoir été réglée, pour la première fois, à l'âge de 13 ans, et depuis régulièrement tous les mois pendant trois jours, peu abondamment ; cependant depuis trois ans, la mentruation était irrégulière, de sorte quelle ne connaît pas l'époque de ses dernières règles. A son arrivée à la salle Lachapelle, l'orifice était dilaté comme 1 franc, les membranes rompues depuis le 26 février 1882, à 10 heures du soir. On put reconnaître une présentation du sommet en O. I. G. T Le palper ne permettait pas d'apprécier le volume de l'utérus ni les parties fœtales par suite du développement du kyste ; la fluctuation était obtenue d'une façon évidente. Depuis trois ans cette femme dit avoir vu son ventre grossir progressivement et en même temps sa constitution était devenue mauvaise ; la menstruation avait été supprimée plusieurs fois pendant ces trois années.

L'auscultation n'avait donné aucun résultat.

Le toucher permettait de sentir une loge du kyste qui occupait le détroit supérieur et en arrière.

Le travail marcha régulièrement, les contractions étaient très énergiques et rapprochées, de telle sorte que la dilatation fut complète le 27 février 1882, à 11 h. 15 du soir, l'accouchement se termina spontanément, et à 11 h. 25 du soir naquit un enfant vivant du sexe masculin pesant 1,495 grammes. La rotation n'avait pas eu lieu, la tête se dégagea transversalement.

La délivrance se fit naturellement le 27 février 1882, à 11 h. 35 du soir.

Après l'accouchement il fut impossible de limiter l'utérus, elle ne perdit pas, et trois heures trente après la délivrance, elle fut transportée dans une salle d'accouchées, pour y passer ses suites de couches. A ce moment la malade se trouvait très bien, le pouls était normal ainsi que la température.

Le 28 février, à 9 heures du matin, elle eut un frisson violent, et en même temps on constata une élévation notable de la température, et une accélération du pouls, des douleurs abdominales très vives, des vomissements porracés. La malade fut envoyée au service de médecine. Il est probable qu'une loge du kyste s'est rompue et a donné lieu à un épanchement de liquide dans la cavité péritonéale qui a déterminé une péritonite aiguë. Cette femme succomba le 1er mars 1882, à 2 heures du soir.

Du côté du vagin, on trouve aussi différentes choses à noter : suivant l'utérus dans ses déviations, sa direction changera aussi souvent que la portion cervicale de l'utérus sera entraînée soit en avant, sur un côté ou en arrière. Il dirigera pour ainsi dire le doigt vers le col dans la nouvelle situation qu'il occupe. Ce canal peut être allongé, déformé, refoulé par une tumeur descendue dans le bassin.

Avant d'examiner cette question de la marche de la grossesse compliquée de kyste ovarique, je dois encore rappeler que les complications propres du kyste devront retentir à leur tour sur la gestation. Le kyste est déjà une complication quand il agit par son volume, son accroissement, son siège sur l'utérus gravide, mais cette complication devient encore plus sérieuse quand il se fait des accidents du côté du kyste : la péritonite partielle, toute inflammation de la séreuse, surtout de la séreuse utérine, expose la femme à des contractions prématurées. Cette inflammation pourra rendre la femme assez sérieusement souffrante pendant la grossesse. Nous avons cité précédemment des exemples de femmes qui ont souffert de péritonite pendant leur grossesse. L'utérus résiste quelquefois d'une façon étonnante ; on a pu voir une malade aller jusqu'au terme malgré une péritonite violente (Tufnell) (1), qui s'est déclarée à la suite d'une rupture d'un kyste.

La suppuration du kyste est rare en dehors de toute intervention chirurgicale ; quand elle existe, elle est une source de grands dangers : le meilleur traitement consiste dans l'extirpation du kyste, parce que le kyste peut s'ouvrir dans le péritoine et déterminer rapidement une péritonite mortelle. L'ablation du

(1) *Journal de Dublin*, t. XIII, p. 460.

kyste doit entraîner par elle-même des dangers pour la grossesse, donc l'influence défavorable est encore ici bien évidente.

La rupture est beaucoup plus fréquente. Il se fait à la suite de cet accident un épanchement dans la cavité péritonéale ; mais le contenu du kyste sera plus ou moins bien supporté par la séreuse péritonéale.

Certains liquides sont bien tolérés : ce sont surtout ceux qui proviennent des kystes parovariques, et c'est par ce mécanisme qu'on peut voir survenir la guérison d'un kyste pendant le cours d'une gestation qui a été signalée dans un certain nombre de cas (Peddie, Hamilton). Le fluide de kystes dits séreux peut aussi assez souvent ne pas déterminer d'inflammation péritonéale et se laisser résorber. La grossesse pourra donc continuer son cours dans des cas de ce genre. Certaines femmes ont présenté le même accident à deux grossesses successives, (Enger (1), Carson Hirsch (2).)

L'accident présentera encore peu ou pas de dangers dans certains cas dans lesquels l'épanchement se fait par un viscère. John Hunter (3) vit le kyste s'ouvrir dans l'intestin, il y eut un avortement au quatrième mois, la mère survécut.

Voilà les cas heureux ; malheureusement, il n'en est pas toujours de même. Le contenu kystique sera mal supporté par la séreuse péritonéale, celle-ci s'enflamme, la femme peut mourir en plus ou moins de temps après avoir ou non avorté, à moins qu'une intervention heureuse ait pu enrayer les accidents. Sur 19 cas que nous avons réunis, nous avons trouvé huit fois une terminaison mortelle, une fois sort inconnu. Spencer Wells fit une fois l'ovariotomie dans de telles circonstances et fut assez heureux pour voir la femme guérir et aller à terme. L'ovariotomie est le seul traitement qui puisse sauver la malade quand la séreuse ne supporte pas le contenu du kyste sans réagir, comme cela arrive surtout pour le contenu des kystes dermoïdes, pour les liquides composés de sang plus ou moins altéré, etc. On ne

(1) *Rheinische Monatsch.*, 1849.
(2) *Provinc. Journ.*, 1846.
(3) *Lancet*, 1861, vol. 1, p. 83.

pourrait compter sur la ponction dans le but de donner issue à l'épanchement intra-péritonéal.

Quant à la torsion du pédicule, elle est en toutes circonstances un accident grave ; pour les cas où on la vit se produire pendant la grossesse, elle fut excessivement dangereuse, deux femmes moururent après être accouchée (Spencer Wells (1), Lawson Tait (2). Une femme mourut sans être accouchée (Gooch) (3). L'avortement est indiqué pour les deux cas de Sutton, et les mères moururent. Trois fois l'on fit sans succès l'ovariotomie; c'est cependant le seul traitement qui puisse sauver la mère pourvu qu'on y ait recours le plus tôt possible après la production de l'accident, sans quoi les désordres seraient trop graves pour qu'on ait encore des chances de guérison. Quand on diagnostique une rotation du pédicule, il faut opérer le plus tôt possible, car sur 6 cas de rotation du pédicule avec production d'accidents, pas une femme ne guérit. Nous devons rappeler qu'un certain degré de torsion peut exister sans déterminer d'accidents. Wilson, Schrœder, Spiegelberg trouvèrent un tour de torsion du pédicule chacun dans une ovariotomie pratiquée pendant la grossesse.

Pendant la puerpéralité, cet accident est aussi trés grave puisque nous avons trouvé 5 morts pour 2 guérisons (dans ces 2 cas les accidents avaient été peu marqués). Les chiffres de guérisons obtenues en dehors de la gravidité par l'ovariotomie dans le cas de torsion, engagent à proposer ce moyen : Aronson (4) a trouvé 28 succès par l'ovariotomie sur 36 cas ou cette opération fut pratiquée.

Nous avons passé en revue l'action qu'exerce sur l'utérus et sur la grossesse un kyste ovarique; nous avons considéré en premier lieu l'action de ces modifications habituelles (volume, siège, accroissement), puis nous avons vu les complications, les accidents dont la grossesse peut favoriser la production et qui retentissent à leur tour sur la grossesse.

(1) *Obstetr. trans.*, vol. XI, p. 253, cas 1.
(2) *Obstetr. trans.*, vol. XIX, p. 194.
(3) *Medic. and phys. comm. Edinb.*, t. II, p. 369.
(4) Aronson. *Dissert. de Zurich*, 1883. (*Centr. f. Gyn.*, 1883, p. 541.

Quelle est la marche de la grossesse compliquée de kyste ovarique ? Le plus souvent la grossesse va jusqu'au terme, la femme peut ne pas être ou être peu incommodée par son kyste, d'autres fois les malaises sont très pénibles.

Mais, sous l'influence des différentes causes que nous avons passées en revue, le travail peut se déclarer prématurément : 246 grossesses sur 321 sont allées à terme, ce qui donne 75 fois interruption de la grossesse produite sous l'influence du kyste, des malaises qu'il détermine, des accidents qu'il provoque et du traitement qu'on a employé, ce qui donne une proportion de 23,3 fois p. 100 interruption du cours de la gestation dans les observations de grossesses compliquées de kyste ovarique, prises en bloc. On doit tenir compte de ce fait que toute interruption ne peut être toujours absolument attribuée au kyste, quand, par exemple, un avortement est noté sans qu'il soit indiqué à quelle cause il doit être rapporté, et qu'il peut, par conséquent, tenir à une des causes si nombreuses d'avortement ; en tenant compte de cela, on trouvera donc que la proportion des avortements et des accouchements prématurés n'est pas très élevée ; c'est ce qui nous permettait de dire que bien des fois l'influence d'un kyste de l'ovaire comme complication de la grossesse se fait très peu sentir.

Nous aurons à envisager dans le chapitre du pronostic la gravité de cette complication.

Le kyste a-t-il une influence sur le produit de conception ? Certainement, par suite de l'expulsion du fœtus avant sa maturité ; on peut aussi se demander si le kyste ne peut agir sur le développement de l'enfant. On cite généralement le cas de Langley (1) : la pression exercée sur l'utérus par un ovaire hydropique aurait amené une conformation vicieuse dans la tête du fœtus.

(1) Meissner, *Frauenkrankheiten*, 1845, t. II, 319.

PENDANT LE TRAVAIL.

C'est ici le lieu de bien tenir compte du siège de la tumeur.

Trois facteurs entrent en jeu dans le mécanisme du travail : 1° la force constituée par la contraction utérine, aidée plus tard par la pression abdominale; 2° le canal à traverser, bassin revêtu des parties molles; 3° le fœtus, ou corps que doit traverser la filière pelvienne. Nous connaissons ces trois facteurs, nous n'avons pas à les étudier ici. Seulement, nous devons nous rappeler que c'est dans l'harmonie du fonctionnement de ces trois facteurs, dans leur action réciproque que réside le mécanisme normal de l'expulsion du fœtus. L'un des facteurs vient-il à être troublé, il en résulte un accouchement difficile ou impossible, un accouchement dystocique.

Nous devons rechercher dans ce chapitre comment agiront les kystes sur ces trois facteurs et nous trouverons de cette manière, comment la présence d'un kyste ovarique peut troubler, compliquer le travail.

Les kystes peuvent-ils agir sur la contraction ?

Théoriquement, quand rien de particulier n'agit sur le muscle utérin il n'y a aucun trouble de la contraction. On peut se demander si des adhérences du kyste avec l'utérus ne pourraient pas nuire à l'action de la contraction utérine. Les nombreux accouchements qui se sont accomplis naturellement nous permettent de dire que bien souvent la contraction utérine peut se faire normalement. Beaucoup de femmes ont eu des accouchements naturels. Gardien (1) a vu 5 accouchements naturels chez la même femme. S. Wells (2) a observé une femme portant un kyste ovarien dont l'accroissement se faisait lentement, qui mena à terme 5 grossesses et eut 5 enfants vivants, le travail se fit sans présenter des difficultés extraordinaires. Une autre femme avait mis au monde 6 enfants vivants, eut ensuite à une grossesse suivante une rupture du kyste pour laquelle on fit

(1) *Traité complet d'accouchement*, t. I, p. 459.
(2) *Des tumeurs de l'ovaire*, etc. (Traduit par Rodet.-p. 401.)

l'ovariotomie. Depaul (1) cite l'exemple d'une femmme de Neuilly, qui accoucha trois fois sans accidents.

On pourrait citer de nombreux exemples d'accouchements naturels. Parmi les observations qui sont publiées, il s'en trouve beaucoup qui indiquent des accouchements spontanés.

Mme D..., malgré son gros kyste multiloculaire, accoucha spontanément.

M. Stoltz (2) ne semble pas attacher une grande importance à l'influence des adhérences sur les contractions, mais il croit que la compression exercée par les parois abdominales sur le kyste augmente les douleurs.

Nous trouvons quelques cas où l'on a noté l'affaiblissement des contractions, et la terminaison de l'accouchement par le forceps : Olshausen (3) (gros cystome). E. Martin (kyste multiloculaire du volume d'une tête d'adulte) (4). Gibbes (5) kyste dermoïde du ligament large gauche. Gooding (6) kyste multiloculaire.

Tous ces cas appartiennent à des femmes chez lesquelles la tumeur était abdominale, n'obturant pas la filière pelvienne.

Ce que nous venons de dire s'applique, bien entendu, aux cas où l'engagement fœtal était possible.

Dans le cas contraire, c'est-à-dire quand la contraction lutte contre un obstacle siégeant dans le bassin, il se passe ici, ce qui se passe dans tous les cas où un obstacle s'oppose à l'engagement du fœtus : L'utérus lutte contre l'obstable, le muscle utérin finit par céder, par éclater. Il se fait une rupture utérine. On a noté la rupture utérine dans l'observation de Lee (7) pendant un accouchement très pénible, la mère succomba, et dans le cas de Goldson (8), la mère mourut encore. Dans les deux cas les enfants succombèrent. L'inclinaison utérine peut, en déviant

(1) Société de chirurgie, 14 juin 1871.
(2) In Doumairon, p. 45.
(3) *Loc. cit.*, cas 5.
(4) Brons, *Dissert.*, 1873.
(5) R. Barnes, *Maladies des femmes*, p. 281.
(6) *The Lancet*, 1873, vol. II, p. 493.
(7) *Clinic. midwifery*, 2e édit., 1848, p. 95.
(8) Boër *Nat., med. obstetr.*, lib. VII, p. 27.

l'effort des contractions rendre l'accouchement plus long. M. Stoltz (1) a noté deux fois cette inclinaison latérale, et l'accouchement se fit lentement dans la deuxième observation.

Présentation de l'enfant. — Quand l'utérus a sa forme régulière, le fœtus s'inscrit régulièrement, son grand diamètre se place dans le grand diamètre de l'organe utérin. Si la forme de l'utérus est irrégulière, la présentation est irrégulière. Tels sont les résultats de l'accommodation. Dans les nombreuses observation que nous avons interrogées au sujet de la présentation du fœtus, nous n'avons trouvé que peu de cas de présentations de l'épaule.

Il faut noter qu'une tumeur siégeant à la partie inférieure de l'abdomen, peut en déplaçant la tête, en l'éloignant du détroit supérieur, amener la production d'une présentation de l'épaule.

C'est ce qui est démontré d'une façon bien évidente par cette observation de Lefholz (2).

Observation X.

Malade de Schrœder. — Lorsqu'elle était enfant, elle avait toujours été bien portante. Réglée à 18 ans, normalement, accouchée en 1878, à 1 ans pour la première fois et facilement. Vers la fin de 1875, les époques furent irrégulières et manquèrent même pendant trois mois sans qu'il y eût grossesse, et dans la moitié de l'année suivante, elle fut soumise au traitement de la policlinique pour une tumeur d'ovaire. Le 16 mai 1876, nous trouvons les phénomènes suivants :

Résultats de l'examen. — Une tumeur se reconnaît distinctement à travers les parois abdominales, au-dessous de l'ombilic, dont la plus grande proéminence se voit à gauche de la ligne médiane plus près du nombril que de la symphyse, la limite supérieure est juste à l'ombilic. Le bord gauche est éloigné de 3 travers de doigt de l'épine antérieure et supérieure, le bord droit est à 4 travers de doigt de l'épine. On voit une saillie simple et sphérique complètement uniforme, molle et élastique, à laquelle est appliquée une masse plus dure; cette masse disparaît derrière la symphyse. La plus grande circonférence est de 80 centimètres, la distance entre la symphyse et le nombril est de 16 centimètres et entre les

(1) Doumairon, p. 8.
(2) *Beiträge zur Complication der Geburt.* (*Diss. Halle*, 1881.)

deux épines antérieures et supérieures de 25 c. 5. La tumeur est insensible, mais douloureuse quand on la fait remuer. Anamnestiques : les règles comme dans le mois dernier ont été très fortes.

Exploration. — Le col est dans la partie antérieure gauche de l'excavation, à 2 centimètres de son bord supérieur, la direction du col de l'utérus est juste en bas et verticale. Le fond de l'utérus au palper est distinctement à droite à 4 ou 5 centimètres au-dessus de la symphyse. L'examen combiné ne laisse aucun doute : l'utérus est en antéposition et dextroversion. Il forme cette tumeur plus solide et reconnaissable au palper, mobile en haut et en bas. On sent une tumeur, à l'intérieur dans le cul-de-sac postérieur du vagin, qui est tendu et élastique, très dure en arrière et à droite, atteignant la moitié de l'os sacré à gauche et devant la voussure principale on reconnait une petite voussure molle et élastique. Toute pression imprimée du dehors se fait ressentir à l'intérieur aussitôt, ce qui prouve l'étroit rapport des deux tumeurs externe et interne, kystome myxoïde de l'os gauche, peut-être kyste dermoïde.

Le 17 mai 1877, on fit les remarques suivantes : la plus grande circonférence est de 87 centimètres, de la symphyse au nombril 17 centimètres, d'une épine à l'autre 29 centimètres. La plus grande proéminence est maintenant du côté droit, à l'encontre de ce qu'on a vu en premier lieu. Intérieurement, on ne peut rien reconnaître par la palpation que du côté gauche cependant.

Le 9 novembre 77, on constata un grossesse au neuvième mois, et on remit, à cause de cela, l'exécution d'une opération qu'on voulait faire. La grossesse ne causa pas de difficultés particulières, et le 18 novembre, vinrent les premières douleurs, l'accouchement se passa de cette façon :

Le 18 novembre au soir, l'abdomen de cette femme forte et saine est très volumineux ; à droite, la tête et à gauche le siège et en avant le dos. Une tumeur ne peut guère se reconnaître à côté de l'utérus. Vagin assez large et long ; col à droite et en haut. On ne peut guère l'atteindre. Il s'agit d'une présentation transversale, en deuxième position. Dans la nuit du 18 au 19, douleurs fréquentes.

Le 19 novembre à 9 heures du matin, l'orifice est ouvert comme la surface d'une pièce de 10 pfennigs ; à midi, comme une pièce de 5 marks, l'enfant toujours en même position. La poche fait saillie fortement pendant les douleurs sans qu'on puisque reconnaître une partie engagée. Les battements du cœur s'entendent, de fréquence normale. Col au même endroit. A gauche, on reconnait maintenant intérieurement une tumeur appartenant apparemment encore à l'utérus.

A 1 heure, version, chloroforme, on cherche le pied droit. Comme le siège ne suit pas, on prend aussi le pied gauche, après quoi, on s'arrête un instant pour que la parturiente ne s'éveille pas, et pour pouvoir agir à la contraction suivante.

Au bout d'un certain temps cependant, les battements du cœur se ra-

lentissent, on procède donc à l'extraction en toute hâte. La recherche des bras réussit assez vite, mais l'extraction de la tête cause de grandes difficultés et ne réussit qu'après bien des peines. Elle est accouchée d'un garçon très asphyxié, qui, malgré les ses sais les plus énergiques pour le ranimer (bain, agitation, nettoyage des bronches par aspiration, insufflation), ne put être rappelé à la vie qu'après quinze minutes; il respire bien, crie et devient d'une bonne couleur rouge. Le placenta dut être détaché avec la main, l'expression ne réussit pas parce que le col était poussé du côté droit, de sorte que outre l'antéversion normale de l'utérus, il y avait encore déplacement latéral. Pas d'hémorrhagie, injection utérine de liquide phéniqué à 5 0/0 qu'on répéta cinq heures après, parce qu'il se fit une hémorrhagie qu'on put arrêter par ce moyen. Déchirure du périnée. Dans l'examen fait le lendemain, la tumeur ne se reconnaît plus, elle ne reparut qu'au troisième jour beaucoup plus petite qu'avant l'accouchement. On pensa que la tumeur avait été probablement rompue, et que son contenu s'était vidé en grande partie dans la cavité abdominale.

Cette supposition fut confirmée par la marche des suites de couches. Il y eut une péritonite extrêmement vive et en même temps de la fièvre dépassant quelquefois 40°. On put croire aussi qu'il y avait eu torsion du pédicule. L'enfant vécut trois jours.

Une grossesse nouvelle survint, qui ne fit pas augmenter le volume de la tumeur. La femme dut de nouveau être délivrée artificiellement par version à la fin de la grossesse.

La tête était à droite, très élevée, poussée sur le côté par une tumeur qui avait le volume d'un poing et même plus; elle ne dépasse guère la moitié du bassin placée à gauche et s'étendant en bas, presque jusqu'au col, peu mobile et située en partie entre la tête et le détroit supérieur. Poche des eaux très saillante. Rupture. Chute du cordon. Version, saisie du pied droit. Fortes tractions pour amener la tête, l'occiput étant en avant et à droite, l'enfant asphyxié put être ranimé. Un peu d'hémorrhagie, qui semble provenir d'une blessure du col. Couches normales. La tumeur a le même volume qu'avant l'accouchement.

Un gros garçon s'éleva.

Elkington (1) kyste dur de l'ovaire : Version à cause d'une présentation de l'épaule. Enfant mort. La mère guérit après de légers accidents puerpéraux.

Stadfeldt (obs. n° 9 publiée dans la thèse de Heiberg) : Tumeur de l'ovaire gauche du volume d'un citron. Accouchement à terme. Présentation transversale. Version. Extraction. Mère vivante. Enfant mort.

(1) *Brit. Rec.*, t. I, p. 11, 1848.

Quenu (1) : présentation de l'épaule ; rupture du kyste.

Observation XI.

On amène sur un brancard à l'hôpital Cochin, le 26 novembre, la dame Ch. G..., âgée de 27 ans, enceinte de huit mois et demi, et en travail depuis trois jours ; trois tentatives de version ont été faites en ville aujourd'hui même, pas de seigle ergoté, paraît-il. On constate une deuxième position de l'épaule gauche, et on essaie sans succès, à deux reprises différentes, de faire la version ; la rétraction de l'utérus, qui est comme tétanisé, ne permet pas d'arriver jusqu'aux pieds, ni même jusqu'au siège. M. Polaillon a recours à l'embryotomie. L'enfant pèse 2,700 grammes. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général était déjà très grave, le faciès altéré, le pouls fréquent, et le ventre d'une sensibilité excessive. A l'autopsie, on a trouvé un kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine.

Cette rareté relative d'observations de présentation d'épaule, nous permet de conclure que le kyste d'ovaire ne paraît exposer qu'assez rarement à cette variété de présentation pendant le travail.

Quelques présentations du siège sont signalées. Mais ici, les renseignements manquent dans les différentes observations publiées, ce qui nous porte à penser qu'il n'y a rien de particulier à noter.

Nous trouvons un exemple de présentation de la face dans l'observation n° 1 de la thèse de Toporski.

Les différents auteurs qui ont écrit sur la question des grossesses compliquées de kystes ovariques, ne s'occupent pas de ce point que nous avons tenu à vérifier, les uns parlent bien de possibilité de présentation irrégulière, mais nous n'avons pu trouver aucun chapitre sur cette question.

C'est là une preuve que les présentations sont à peu près ce qu'elles sont sans cette complication. A part ces quelques présentations de l'épaule, du siège et celle de la face, on trouve indiqué le plus souvent qu'il y avait présentation crânienne.

Filière pelvienne. — Ce que nous avons dit au sujet des contractions et des présentations était commun à tous les kystes, quel

(1) *Bull. de la Soc. anat.*, t. LI, 1876, p. 695.

que soit leur siège. Nous sommes arrivés au moment où le fœtus doit traverser la filière pelvienne, lorsque la dilatation est complète.

C'est à ce moment que la distinction que nous avons établie dès le début touchant le siège de la tumeur, doit être prise en considération.

En effet, de deux choses l'une : ou bien la tumeur est absolument hors de l'aire pelvienne, l'engagement du fœtus peut se faire comme dans tout cas normal, et l'expulsion du fœtus sera subordonnée à l'énergie des contractions ; ou bien, la tumeur obstrue la filière pelvienne : un véritable rétrécissement est constitué, et les difficultés sont celles qui résultent de l'impossibilité plus ou moins absolue qu'éprouve le fœtus à traverser les diamètres amoindris du détroit supérieur ou ceux de l'excavation.

Je vais donc maintenant étudier le temps de l'expulsion. Lorsqu'un kyste est situé dans l'excavation, ou bien, occupe en partie le détroit supérieur.

En général, les kystes petits sont dans le cul-de-sac postérieur. Nous avons dit précédemment que l'utérus, en se développant et en s'élevant au-dessus du détroit supérieur, repoussait la tumeur qui se plaçait dans la cavité abdominale.

Mais tel n'est pas toujours le cas; des adhérences, d'autres conditions, peuvent produire l'enclavement du kyste dans le cul-de-sac péritonéal postérieur, l'utérus se développe au-dessus et en avant du kyste ; celui-ci se trouvera ainsi devant les voies que le fœtus devra traverser, il mettra obstacle à l'engagement ou à la descente de la partie fœtale qui se présente.

Le kyste peut occuper aussi plus ou moins un côté de l'excavation, faisant bomber le cul-de-sac latéral en même temps que le cul-de-sac postérieur.

Les kystes qui restent ainsi enclavés, peuvent présenter une consistance variable ; le kyste peut avoir une paroi peu épaisse, un contenu plus ou moins fluide, kyste séreux, si l'on veut, d'autres kystes sont beaucoup plus consistants en raison de la nature de leur contenu : tels sont les kystes dermoïdes. Il y aura nécessairement des degrés variables de réductibilité, les

uns seront faiblement tendus, d'autres auront la consistance de véritables tumeurs solides, elles en imposeront pour des exostoses (cas de Baudelocque) (1). Un degré élevé de tension du kyste, alors même qu'il est séreux, peut lui communiquer pendant le travail une consistance semblable à celle de tumeurs solides. C'est un fait qui a une grande valeur au point de vue du diagnostic. Le volume de ces tumeurs peut aussi varier, de là des différences importantes au point de vue du degré d'angustie pelvienne. Une tumeur petite pourra ne créer que de très légères difficultés, l'aire pelvienne étant encore suffisante pour le passage de la tête.

L'accoucheur doit toujours observer la nature qui souvent vient à bout des plus grandes difficultés. Les résultats de l'observation doivent le guider dans les circonstances où il est appelé à intervenir.

Nous rechercherons donc par quel mécanisme cet obstacle peut être franchi, ces difficultés aplanies, et cela par les seules forces de la nature.

L'accouchement peut se terminer spontanément dans les cas :
De réduction spontanée de la tumeur pendant la grossesse ;
De réduction spontanée de la tumeur pendant le travail ;
D'aplatissement ;
De rupture du kyste ;
De descente du kyste devant la partie fœtale.

1° *Réduction spontanée de la tumeur pendant la grossesse.* — Il va sans dire que nous n'entendons pas parler du soulèvement simple d'une tumeur par l'utérus qui remplit peu à peu dans les premiers mois l'excavation et refoule ainsi le kyste hors de l'excavation. A un moment donné l'utérus obturant le détroit supérieur ne permet plus au kyste de redescendre. Nous n'avons pas trouvé d'exemple d'une semblable réduction spontanée d'un kyste pendant le cours de la gestation, alors qu'il se trouvait plus ou moins incarcéré dans l'excavation, au-dessous de l'utérus. Il se peut que le phénomène puisse avoir lieu, mais nous ne l'indiquons qu'à titre de supposition.

(1) *L'art des accouch.*, t. II, p. 269.

2° *Réduction spontanée de la tumeur pendant le travail.* — Heiberg l'admet, se basant sur les trois faits de Späth, Thompson, Bettschler rapportés dans la thèse de Jetter.

Voici le cas de Späth :

Il s'agissait d'une primipare, âgée de 34 ans, chez laquelle on sentait dans le côté droit de la voûte du vagin une tumeur fluctuante du volume du poing ; au début du travail elle se retira, et un garçon vivant fut expulsé spontanément. La mère resta bien portante mais avait dans l'hypochondre droit une tumeur indolore, mobile. Depaul, Beatty ont observé des cas de ce genre.

Le retrait d'une tumeur ainsi placée, dit Olshausen, ne se comprend que par la structure kystique et par la possibilité qu'il y a d'un changement de forme, lorsque la paroi est souple ou molle. Nous pouvons comparer ce phénomène au passage d'une grosse tête hydrocéphalique qui sans se rompre peut passer à notre surprise à travers du canal pelvien plus petit que la tête.

3° *Aplatissement.* — Il est analogue à celui qu'on observe pour les tumeurs fibreuses, qui ont subi l'amollissement produit sous l'influence des modifications gravidiques. On trouve plusieurs observations où il est dit que l'accouchement fut long et difficile mais finit par se terminer spontanément. L'augmentation des diamètres de la filière pelvienne ne pouvait se faire qu'aux dépens de l'aplatissement de la tumeur. Il faut que le contenu ne soit pas trop consistant, la poche pas trop tendue. On constatera rarement cette sensation de mollesse pendant l'accouchement parce que la plupart du temps le kyste pressé de tous côtés se tend et peut prendre la consistance d'une tumeur solide. C'est cette sensation que signalent la plupart des observateurs. Nous sommes heureux de pouvoir rapporter un exemple que nous avons puisé dans les registres de la Maternité.

Observation XII.

La nommée Pauline O..., âgée de 24 ans, célibataire, domestique, d'une bonne constitution, est entrée à la Maternité le 18 janvier 1881, à 3 heures.

du soir, et à la salle d'accouchement, le 26 janvier 1881, à 6 heures du soir.

Elle fut réglée pour la première fois à l'âge de 11 ans et depuis régulièrement tous les mois pendant 5 et 6 jours, peu abondamment.

Cette femme est multipare, elle eut un enfant du sexe féminin, né spontanément et à terme.

Ses dernières règles datent du 15 au 20 mai 1880. Les accidents qui ont accompagné sa grossesse sont de la céphalalgie, de la rachialgie, des nausées, des vomissements alimentaires et bilieux pendant toute la durée de la grossesse, des épistaxis, des éblouissements. Cette femme présente une tumeur assez dépressible siégeant dans le cul-de-sac péritonéal postérieur.

On constata la présence de cette tumeur par le toucher vaginal, mais, afin de s'en rendre un compte exact on combina ce dernier toucher avec le toucher rectal; de cette manière on put l'embrasser entre deux doigts, et l'on put constater que son volume était celui du poing; quant à sa consistance, la tumeur était passablement dépressible.

Les premières douleurs apparurent le 26 janvier 1881, à 3 heures du matin, et l'état de l'orifice à son entrée était comme la paume de la main.

La rupture des membranes eut lieu spontanément le même jour, à 11 heures du matin, la dilatation étant comme la paume de la main.

Malgré les contractions de l'utérus, lesquelles étaient assez énergiques, la dilatation ne fut complète que le 27 janvier 1881, à 2 heures 10 minutes du matin. Alors la tête s'engagea, la tumeur *s'aplatit de sorte qu'elle ne mit aucun obstacle* au dégagement du fœtus.

Cette femme accoucha par conséquent spontanément le 27 janvier 1881, à 2 heures 20 du matin, d'un garçon du poids de 3310 grammes en O. I. G. A. La délivrance fut naturelle le 27 janvier 1881, à 3 heures 5 du matin.

Cette femme avait été envoyée par une sage-femme qui ne croyait pas l'accouchement possible.

Après la délivrance on constata de nouveau la présence de la tumeur à la partie supérieure du vagin. M. Tarnier, qui vit l'accouchée le lendemain, crut qu'un thrombus survenu pendant l'accouchement pourrait bien être la partie tuméfiée qui se faisait sentir.

Cette première journée se passa bien; mais la nuit suivante l'état général devint très mauvais, la malade passa en médecine et succomba le jour suivant.

A l'autopsie, on trouva l'ovaire droit sain. L'ovaire gauche a le volume d'une grosse orange. Il est situé en arrière et un peu à gauche de l'utérus, dans le cul-de-sac péritonéal, refoulant en bas et avant le cul-de-sac postérieur du vagin. Cet ovaire est transformé en un kyste dermoïde. La

paroi est épaisse et intacte, le contenu est très épais et est constitué par des matières sébacées mélangées d'os et de poils. Pus dans le péritoine.

Cettte observation présente un exemple de cet aplatissement du kyste pendant le travail. Ce qui mérite d'être noté, c'est que ce kyste était un kyste dermoïde qui, en général, a pendant le travail une consistance dure, et est souvent la cause de grandes difficultés pendant la période de l'expulsion.

4° *Rupture du kyste.* — C'est un phénomène assez fréquent. Le kyste se rompant, le liquide peut s'épancher au dehors par la voie d'un organe creux ou bien peut se déverser dans la cavité péritonéale. Le kyste étant rompu, le liquide sorti, ses dimensions diminuent et l'obstacle créé par le rétrécissement disparaît. C'est ce qui arriva dans le cas de Stadfeldt (2). Il s'agissait d'un kyste dermoïde de l'ovaire situé dans le cul-de-sac de Douglas. Des essais de refoulement furent tentés, mais inutilement. Après deux jours de travail le kyste se rompit spontanément, l'enfant naquit vivant, la mère mourut quatre jours après de péritonite. Brewer (*Obstetric. Trans*, vol. XX, p.184) vit survenir subitement pendant un accouchement la rupture d'un kyste de rétention par une fente du vagin, et l'accouchement se termina naturellement.

5° *Descente de la tumeur devant la partie fœtale.* — C'est un phénomène qu'on observe parfois avec les tumeurs fibreuses de l'utérus ; une tumeur du col peut descendre devant le fœtus qui la pousse devant lui, franchir la vulve et laisser la voie libre pour l'engagement de l'enfant.

Un kyste de l'ovaire pourrait descendre devant le fœtus ; il devrait pour cela perforer le vagin et s'échapper par une fente, il pourrait aussi être poussé du côté du rectum et tendre à sortir par l'anus. Nous n'avons pu trouver d'observation d'un fait semblable se produisant sous l'influence des seules forces de la nature : tandis que pendant des extractions faites avec le forceps on vit plusieurs fois une tumeur s'échapper avant la sortie

(1) *Det Mekaniske misforhold under. Födsel*, 1872, p. 99.

de l'enfant. Nous parlerons de ces cas un peu plus loin. Le même fait pourrait-il se produire en dehors de toute intervention ? Cela est possible, mais nous ne pouvons le prouver par aucun exemple.

Ce que nous venons d'exposer nous permet donc de conclure que dans le cas de kystes plus ou moins engagés dans la filière pelvienne, l'accouchement spontané peut se faire grâce au retrait de la tumeur qui cède la place à la partie fœtale poussée dans l'excavation par les contractions utérines, grâce au volume restreint du kyste, grâce à l'aplatissement de la tumeur qui permet ainsi l'élongation des diamètres rétrécis. La rupture du kyste joue souvent aussi un rôle important, malheureusement cet accident est toujours dangereux ; l'accouchement se termine, il est vrai, mais le contenu du kyste pourra occasionner une péritonite avec tous ses dangers.

On voit que, par conséquent, il faut des conditions spéciales pour que l'accouchement puisse se terminer spontanément, c'est d'ailleurs ce que démontrent les statistiques. Nous avons réuni 74 cas de tumeurs kystiques engagées dans l'excavation pelvienne. Les femmes ont eu ensemble 89 grossesses, 27 fois seulement l'expulsion se termina spontanément, dans les autres cas on dut intervenir.

21 fois on fit avec succès le refoulement de la tumeur.

17 fois la ponction.

7 fois l'incision.

20 fois l'emploi du forceps.

3 fois la version.

14 fois la craniotonomie.

7 fois l'opération césarienne.

Ces chiffres nous démontrent combien sont nombreux les cas où l'intervention est nécessaire. Comme on le comprend, toutes les manœuvres opératoires ne se feront pas sans exposer la femme à des dangers.

On est arrivé à faire passer le fœtus à travers le bassin ainsi obstrué, par trois moyens (sans compter l'opération césarienne qui crée une voie nouvelle).

1° Par l'emploi de la force ;

2° Par le refoulement du kyste ou la réduction de son volume ;
3° Par la réduction du volume de l'enfant.

L'emploi de la force s'est fait au moyen du forceps qui a pu engager la tête, celle-ci comprimant, aplatissant plus ou moins la tumeur.

On a pu, en second lieu, terminer l'accouchement en refoulant la tumeur ou en la réduisant de volume; on peut placer la version dans cette classe, parce qu'elle était faite avec l'intention de refouler au préalable la tumeur et préparer ainsi la voie à l'enfant pour le temps de l'extraction.

La réduction du volume a été recherchée par la ponction du kyste, et l'incision.

Enfin, en troisième lieu, on est arrivé au but désiré en réduisant le volume de l'enfant pour le faire passer par la filière rétrécie.

Ces différents moyens sont accompagnés de dangers ; un accident qui s'est produit souvent a été la rupture du kyste. Celui-ci comprimé entre la partie fœtale (la tête le plus souvent) et la paroi osseuse du bassin, éclatait et l'accouchement pouvait se terminer assez facilement, malheureusement cette rupture ne se produisait pas sans causer le plus souvent de graves conséquences. Cependant cela n'arrive pas toujours comme le démontre cette observation de Fischel (1).

Observation XIII.

Femme de 32 ans. Huitième grossesse. Début de la grossesse sans malaises. A la dixième semaine, tension de l'abdomen et dyspnée qui augmente au début du septième mois, avec grande augmentation du ventre, douleurs et grande faiblesse. Depuis le début du neuvième mois, œdème des membres inférieurs, puis douleurs stomacales, nausées. Etat actuel : température normale, pouls 120, respiration 30, difficile. Circonférence au niveau de l'ombilic 117,5 centimètres. Région épigastrique tendue. On sent deux grosses tumeurs dans l'abdomen, situées de manière que leurs extrémités supérieures divergent un peu, la droite est reconnue pour l'utérus gravide. Fœtus en première position de la tête. Ascite peu considérable. Bassin large. Prolapsus de la paroi vaginale antérieure et posté-

(1) *Prag. med. Wochens.*, 1882, et *Centralbl. f. Gyn.*, 1882, p. 255.

rieure. Portion vaginale du col déviée en avant et à gauche; canal cervical ouvert. En arrière du col, une portion de tumeur tendue plonge dans le petit bassin. On reconnaît qu'elle est la même que la tumeur externe et qu'elle est un kyste ovarique. Le prolapsus de la paroi vaginale postérieure est dû surtout à une poche remplie de liquide ascitique et dans le cul-de-sac de Douglas. Dans l'urine, beaucoup d'albumine. L'affection stomacale est combattue par la magnésie et le bismuth, et l'état s'améliore ensuite notablement. La diurèse reste peu considérable (500 à 700 centimètres cubes). Le 3 janvier, expulsion du liquide amniotique ; début des douleurs. La circonférence du ventre avait encore augmenté (21 centimètres). La tête est élevée au-dessus du détroit supérieur, la suture sagitale immédiatement derrière la symphyse, derrière la tête se trouve la portion de tumeur qui descend jusqu'au milieu du sacrum et gêne la descente de la tête. Ponction de la tumeur par la paroi abdominale; écoulement de quelques gouttes seulement. On essaie en vain de vider par la ponction le liquide ascitique au niveau du prolapsus de la paroi vaginale postérieure. Après une expectation de plusieurs heures, on dut essayer de repousser la tumeur au-dessus du petit bassin. Pendant cet essai, survint une contraction violente, et la tumeur se rompit; immédiatement la tête s'engagea, et au bout d'une demi-heure, l'enfant était expulsé (3490 grammes, longueur 50 centimètres). Délivrance et puerpéralité normales. La diurèse devint meilleure. Le deuxième jour de la puerpéralité, on sentit une quantité assez considérable de liquide libre dans le côté gauche de l'abdomen. Circonférence à l'ombilic : 113,5 centimètres. Elle augmenta continuellement. On doit faire l'ovariotomie après l'involution des organes génitaux.

Après la rupture du kyste, je dois parler d'un accident qu'on a pu observer dans quelques cas. C'est la rupture du vagin et la sortie de la tumeur devant la partie fœtale ou seulement après l'expulsion de l'enfant. Lomer (1) rapporte un cas très curieux :

Observation XIV.

Le 29 mars 1872, Härting fut appelé près d'une femme qui avait déjà mis au monde quatre enfants vivants et à terme, et qui était alors en travail depuis plus de trente heures. Un autre médecin de Schneeberg avait déjà essayé par d'énergiques tractions faites avec le forceps d'extraire la tête. Härting employa alors un forceps plus long, saisit la tête située au-dessus du détroit supérieur et l'engagea dans l'excavation pelvienne.

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1882.

Alors une tumeur remplie de liquide et de cheveux s'échappa subitement du vagin et tomba sur le plancher. L'enfant vint alors, il était mort.

Le professeur Credé reconnut dans la tumeur un kyste dermoïde et dans la lettre qu'il écrivit à Härting, il émit l'opinion que la tumeur était d'origine ovarique, quelle avait été la cause des obstacles à l'accouchement... Härting examina ensuite la femme le 6 mai et trouva dans le cul-de-sac postérieur du vagin une plaie longue de un pouce et large d'un quart de pouce. L'accouchée se plaignit encore longtemps de douleurs dans la jambe gauche et ne put se servir que progressivement de cette jambe. Du reste la puerpéralité fut bonne...

Heiberg mentionne que Dunn (1) a détaché de son pédicule une tumeur sortie par une fente du vagin et vit l'enfant passer dans la cavité abdominale par la voie de l'opération. Extraction de l'enfant suivie de guérison.

Ce que nous disons pour les petits kystes qui occupent plus ou moins l'excavation s'applique aussi aux kystes volumineux, dont un prolongement, une loge descend dans la fosse de Douglas (cas de Fischel, Schauta, Kob, Hein, Williamson, Kerswill).

Nous ne nous étendrons pas sur ce qui doit advenir si l'on n'intervient pas : Il y a angustie pelvienne, l'accouchement se prolonge sans faire de progrès. C'est le plus souvent en raison de cette longueur du travail qu'on appelle le médecin; le toucher lui permet de sentir une tumeur qui bombe directement en arrière ou un peu sur le côté. Quand la tumeur est molle, fluctuante, l'idée d'une poche de liquide, d'un kyste vient de suite, mais le kyste peut être tendu, dur ; on peut croire à une tumeur solide. Les kystes dermoïdes peuvent causer de grandes difficultés, parce que leur contenu est plus consistant, leurs parois épaisses. Ils sont assez fréquents dans les observations que nous avons réunies, puisque nous en trouvons 58 cas.

Nous n'avons rien dit jusqu'alors des kystes hydatiques de l'ovaire. Ils sont très rares : Fort (2) publia en 1884, un cas de kyste hydatique de l'ovaire qui suppura, il y avait en même temps grossesse. Le diagnostic d'un kyste suppuré fut posé; la laparotomie fut faite, le kyste renfermait vingt-cinq litres de

(1) *Virginia med. Monthly*, déc. 1874, p. 39.
(2) *Rev. méd. chir. des mal. des femmes*, 1884, p. 260.

pus au milieu duquel nageaient des milliers d'hydatides, l'utérus renfermait un œuf de cinq mois. L'auteur crut avoir affaire à un kyste hydatique de l'ovaire, seulement lorsqu'il pressait la poche dans la région hypogastrique le liquide sortait avec une coloration verdâtre qui lui paraissait ne pouvoir s'expliquer que par la présence de la bile.

Cruveilhier (1) et Roux, (2) ont rapporté l'histoire d'un accouchement très laborieux causé par un kyste de l'ovaire qu'on sentait dans le petit bassin du côté gauche. Roux le ponctionna après l'accouchement et reconnut un kyste acéphalocyste de l'ovaire qui guérit par suppuration. L'observation de Granville rapportée page est encore un exemple de kyste hydatique.

DE LA DÉLIVRANCE.

La grossesse n'étant terminée qu'après l'expulsion du produit de la conception, fœtus et annexes, l'étude de la délivrance rentre aussi dans notre sujet.

Le plus souvent le décollement des annexes se fait normalement et la délivrance se fait comme dans tout autre accouchement.

Quelques observations signalent le fait de l'intervention de l'accoucheur pour le décollement du placenta. Il ne faudrait pas vouloir accuser le kyste ovarique de toutes les difficultés de la délivrance. Si le placenta est un peu plus adhérent que d'habitude, il n'y a là rien qui puisse dépendre de l'existence d'un kyste ovarique. Mais une tumeur de ce genre peut compliquer le temps de l'expulsion. Une tumeur pelvienne a été refoulée, le fœtus s'est engagé, l'expulsion a eu lieu. Le décollement des annexes s'est produit, mais l'expulsion se fait attendre parce que la tumeur a regagné son siège primitif, déviant et comprimant l'utérus, le délivre se trouve emprisonné. C'est ce qui s'est présenté dans un cas publié dans le mémoire de Lomer (*Arch. f. Gyn.*, 1882). Voici une observation qui montre bien cette difficulté.

(1) *Dict. de méd. et de chir. prat.*, 1829, t. I, p. 527.
(2) *Bibl. du méd. pratic.*, Fabre, t. I. p. 679.

Observation XV.

F. B..., 41 ans, réglée depuis l'âge de 13 ans, normalement. Trois accouchements antérieurs, le dernier il y a cinq ans. Dans les dernières semaines de la quatrième grossesse actuelle, douleurs lombaires un peu laecentuées. Il y a onze ans qu'elle eut une maladie du bas-ventre qui dura ongtemps. Elle dit que depuis ce moment elle sentit toujours un point dur dans le bas-ventre et qui lui causait de nombreuses douleurs. Le 9 mars, vers le soir, début du travail. Le 10 mars 1882 à 8 h. du matin, état suivant : Utérus dirigé de la partie inférieure droite vers la gauche et de bas en haut ; tête mobile au dessus de la moitié droite du bassin ; battements redoublés à droite de l'ombilic. Le petit bassin est tellement rempli par une tumeur grosse comme le poing, élastique, occupant surtout le côté gauche que la distance de la tumeur à la commissure postérieure de la vulve est à peine de 2 centim. A droite, un peu plus haut, se trouvait le col utérin ramolli, membranes intactes. Tête en première position du sommet.

Comme par l'exploration vaginale et rectale la tumeur semble être un kyste de l'ovaire gauche, qui est mobile, on vida d'abord le rectum, puis ayant placé la femme dans la position sur les coudes et sur les genoux on essaya le refoulement de la tumeur en employant deux doigts introduits dans le vagin. Au milieu de douleurs assez fortes, la tumeur glissa à gauche du prémontoire, brusquement dans le grand bassin. La femme garda encore quelques instants la même position, puis se retourna lentement sur le côté gauche.

Il survint ensuite de fortes douleurs et, à 10 heures, il se fit un accouchement *spontané* d'un enfant à terme.

Léopold qui était de retour à 11 heures, trouva que le médecin traitant n'avait pu encore extraire le délivre. On trouva encore le même état que précédemment, l'utérus placé à droite dans le bassin. L'utérus se contractait incomplètement, et le placenta ne pouvait s'engager sous l'influence des pressions. Entre le rectum et le vagin, on trouvait de nouveau cette tumeur tendue qu'on refoula de nouveau avec la moitié de la main introduite dans le vagin; l'utérus put alors descendre et le placenta sortir par expression.

Dans un cas de Breit (*in* th. de Jetter), l'expulsion de l'enfant se fit normalement, puis une tumeur tomba dans le petit bassin gênant ainsi l'expulsion du délivre. On en fit le refoulement et la main alla extraire le placenta.

Dans le cas de Lefholz on a vu aussi la délivrance se faire attendre en raison de la déviation de l'utérus déterminée par un kyste.

Nous devons encore signaler la difficulté créée par un kyste dans le traitement des hémorrhagies qui accompagnent parfois la délivrance. On ne peut pas toujours, surtout avec les gros kystes, sentir l'utérus qui peut être masqué par la tumeur; on ne pourrait dans ces cas frictionner le fond de l'organe ou le comprimer, et on serait privé de ces moyens précieux qui sont mis en usage contre les hémorrhagies de la délivrance.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Après avoir montré dans les pages précédentes quelles sont les complications créées par la présence d'un kyste ovarique, nous aurons à étudier quels sont les moyens dont dispose le médecin pour prévenir les accidents, les écarter ou remédier à leurs conséquences fâcheuses. Mais une thérapeutique rationnelle ne pourra être employée que d'autant qu'on aura reconnu la nature de l'obstacle, la cause de la complication, qu'on aura diagnostiqué le kyste, son siège, et qu'on aura distingué cette tumeur d'autres états pathologiques qui pourraient être confondus avec lui.

Nous devrons suivre encore, dans cette étude, la division que nous avons suivie jusqu'alors : tumeur kystique abdominale et tumeur kystique pelvienne ; enfin le cas où la tumeur est abdominale avec prolongement intra-pelvien rentre dans l'une et l'autre de ces divisions. L'utilité de cette distinction clinique saute aux yeux : les kystes abdominaux sont accessibles par la paroi abdominale, le diagnostic doit les faire reconnaître des autres tumeurs abdominales soit pathologiques, soit physiologiques (grossesse gémellaire) ; les kystes pelviens sont accessibles par le toucher presque exclusivement ou par des manœuvres combinées externes et internes. Il faut les distinguer des tumeurs du petit bassin ou d'états particuliers qui peuvent faire croire à la présence d'un kyste siégeant dans le bassin.

Le diagnostic doit donc porter sur deux points :

Reconnaître l'existence d'un kyste de l'ovaire.

Reconnaître l'existence d'une grossesse.

Mais le diagnostic devra nous permettre de reconnaître que c'est bien en présence d'un kyste, en présence d'une grossesse

que nous nous trouverons, c'est-à-dire qu'un diagnostic différentiel devra nous permettre d'éliminer toutes les causes d'erreur.

KYSTES SITUÉS DANS L'ABDOMEN.

Pour reconnaître un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse, il faut rechercher tous les signes qui permettent de poser le diagnostic de ces variétés de tumeurs. Je ne dois pas m'étendre ici sur tous ces signes fournis par la palpation, sur la valeur de la fluctuation; je ne ferais que m'écarter de mon sujet. Les signes des kystes de l'ovaire sont connus, ils se trouvent exposés dans tous les traités des maladies des ovaires. Mais, ce que nous devrons démontrer, c'est la difficulté (créée par la grossesse) de retrouver, de reconnaître ces signes qui, en toute autre circonstance, permettent d'arriver en général assez facilement au diagnostic du kyste de l'ovaire.

On peut être appelé à poser le diagnostic de kyste de l'ovaire, pendant la grossesse, dans des conditions bien différentes.

Dans une première série de cas, deux tumeurs se dessinent parfaitement, il suffit de rechercher la nature de chacune d'elles.

Dans d'autres cas, le développement de l'abdomen est tellement grand que le diagnostic devient excessivement difficile, parce qu'on ne peut plus suffisamment reconnaître de détails à travers cette paroi abdominale surdistendue.

Enfin, dans d'autres cas, on ne reconnaît qu'une seule tumeur et on est exposé à ne faire qu'un diagnostic partiel : reconnaître une des tumeurs et ne pas soupçonner l'existence de l'autre ; et on est exposé aussi à se tromper sur la nature de la tumeur que la palpation a revelée.

Nous partirons de ces trois cas cliniques pour étudier cette question du diagnostic.

On reconnaît l'existence de deux tumeurs dans la cavité abdominale. Il faut déterminer leur nature, rechercher l'utérus gravide, distinguer le kyste et ne pas le confondre avec une autre variété de tumeur intra-abdominale. Il faut toujours pro-

céder à l'interrogation sur les antécédents, car les renseignements fournis par la femme peuvent être très précieux : elle connaissait l'existence d'une tumeur siégeant plutôt d'un côté que de l'autre, elle a vu se développer une seconde tumeur depuis le moment où elle a eu des raisons de se croire enceinte. Il faut tenir un compte sérieux de ces renseignements. Souvent, rien que l'inspection de l'abdomen permet d'y reconnaître la présence de deux tumeurs qui forment nettement deux saillies. Le plus souvent c'est la palpation qui nous permet de séparer deux tumeurs placées l'une à côté de l'autre. On doit alors s'appliquer à reconnaître les signes propres à chacune de ces tumeurs. On devra rechercher le volume, les limites du kyste, et surtout le phénomène si important de la fluctuation. Le toucher ne nous renseignera pas dans ces cas, puisque le kyste ne se trouve point dans l'aire du bassin, à moins qu'on n'ait affaire à un kyste avec prolongement pelvien; on a aussi recommandé de rechercher par le toucher les ovaires, l'absence de l'un parlerait en faveur du diagnostic de tumeur de l'ovaire. Quelquefois le stéthoscope appliqué sur le kyste permettra d'entendre un bruit de souffle signalé par Scanzoni (1), qui pourrait faire croire à un utérus gravide si l'on n'était prévenu que plusieurs tumeurs abdominales, de même que l'utérus gravide, peuvent aussi présenter un souffle. Dans quelques cas, une ponction exploratrice a confirmé le diagnostic de kyste de l'ovaire.

L'autre tumeur, qu'on trouve à côté de cette première que tous les signes nous ont démontré être ovarique, c'est l'utérus gravide. Nous n'avons pas besoin de décrire dans de longs détails les signes de la grossesse : la palpation fera reconnaître le développement de l'organe utérin, fera reconnaître certaines régions du fœtus, on percevra les mouvements et les saillies plus ou moins irrégulières formées par les petites parties fœtales. L'auscultation permettra d'entendre les doubles battements du cœur de l'enfant, et enfin le toucher nous rendra compte des modifications gravidiques du col, on sentira à un moment donné le ballottement, l'engagement céphalique.

(1) *Lerhb. der Krankheiten der weiblichen Sexualorg.*, p. 582.

Tous ces signes nous permettent donc de reconnaître exactement la nature de la seconde tumeur, qui est l'utérus gravide.

Peu de difficultés donc dans cette première variété clinique.

Le diagnostic différentiel ne portera que sur l'origine de la tumeur kystique. On aura à rechercher si elle est bien un kyste de l'ovaire, un kyste parovarique ou une tumeur partie d'un autre organe de la cavité abdominale, telle qu'un fibro-cyste de l'utérus, la connexion de cette tumeur avec l'utérus ne pouvant pas toujours être facilement constatée. Ce diagnostic doit être tenté pendant la grossesse comme dans toute autre circonstance; on pourra rencontrer des difficultés spéciales dans ce diagnostic différentiel en raison de la présence de l'utérus gravide. Nous n'avons pas à nous arrêter à ce diagnostic différentiel, qui est le même que celui qui se trouve exposé dans tous les traités de gynécologie; ce qu'il faut surtout reconnaître, c'est la présence d'une tumeur placée à côte d'un utérus gravide. On mettra alors tous ses soins à distinguer la nature du kyste et à le reconnaître parmi toutes les tumeurs qui peuvent occuper la cavité abdominale. Le plus souvent il y a un sillon plus ou moins net qui sépare les deux tumeurs qui, sans cela, sembleraient confondues en une seule. Quelquefois ce sillon, cette dépression plus ou moins allongée, sépare bien nettement deux tumeurs, parfois ce sillon n'existe qu'à la partie supérieure, c'est ce qu'a vu Scott (1) chez une femme portant un kyste multiloculaire. Un sillon plus allongé peut se rencontrer dans une direction verticale, c'est le cas le plus fréquent, il sépare plus ou moins nettement l'utérus de la tumeur, il y a en même temps un certain degré d'inclinaison latérale de l'utérus et du kyste. Ce sillon existait dans l'observation de la clinique de M. le professeur Herrgott. La palpation mettait immédiatement sur la voie du diagnostic.

Le sillon de séparation peut avoir une direction transversale, le kyste dépasse l'utérus et se trouve situé soit en arrière et un peu au-dessus de l'utérus : la description d'un fait semblable se trouve très bien exposée dans l'observation de M. le Dr Alphonse Herrgott.

(1) *The Lancet*, 1872, vol. II, p. 323.

En examinant attentivement de chaque côté du sillon on trouvera des caractères différents : d'un côté ceux d'un kyste : une fluctuation le plus souvent bien nette, une surface quelquefois unie, souvent bosselée, irrégulière, une forme générale qui n'est pas celle d'un utérus gravide; de l'autre côté, ceux de l'utérus gravide : forme ovoïdale régulière, mouvements du fœtus, durcissement à un moment donné, battements fœtaux. Dans certains cas la palpation déterminera une contraction passagère de l'organe utérin ; ce durcissement transitoire avec accentuation de la forme de l'organe permettra parfois de trancher la question du diagnostic. L'utérus seul peut présenter ce phénomène de durcissement passager, c'est un signe de grossesse qui a une grande valeur; il avait déjà été signalé par P. Dubois : son utilité est maintenant unanimement reconnue (Guéniot, Tarnier, Chantreuil, Charpentier, Braxton Hicks.

Quand on peut ainsi reconnaître deux tumeurs bien séparées par un sillon, l'une étant nettement fluctuante, l'autre présentant tous les signes d'un utérus gravide, le diagnostic est facile. Cependant, un sillon, et surtout une dépression supérieure ne doivent pas toujours porter à admettre d'une façon absolue l'existence d'un kyste ovarique ou d'une autre tumeur placée à côté de l'utérus, car dans certaines conditions particulières on peut trouver une dépression analogue sans qu'il y ait pour cela grossesse compliquée de kyste ovarique. Un utérus qui renferme deux jumeaux est quelquefois cordiforme, et peut même présenter une sorte de dépression médiane qui sépare chaque produit de conception. Les kystes de l'ovaire eux-mêmes peuvent présenter dans des circonstances très rares, il est vrai, un sillon nettement marqué ; c'est ce qu'a observé Howitz dans une ovariotomie (1).

Une tumeur fibreuse de l'utérus peut s'amollir pendant la grossesse, donner la sensation d'une pseudo-fluctuation, qui peut conduire le médecin à penser qu'il s'agit d'un kyste de l'ovaire un peu tendu appliqué contre l'utérus, mais s'en distinguant par un sillon. Tel est le cas qui s'est présenté à la cli-

(1) Helberg. *Loc. cit.*

nique de M. le professeur Herrgott, il y a quelques années. Le diagnostic ne put être posé définitivement qu'après l'accouchement, la tumeur placée du côté droit avait le même volume que l'utérus à terme, présentait une certaine élasticité et semblait n'être qu'une tumeur juxtaposée. La confusion a été commise pendant la grossesse. Thornton (1) fit, vers le septième ou huitième mois de la grossesse, une laparotomie croyant à l'existence d'une tumeur ovarique, et trouva pendant l'opération qu'il avait affaire à un fibrome utérin. Backer Brovn (2) trouva chez une femme une tumeur abdominale plus volumineuse qu'un utérus à terme, la palpation donnait une sensation tenant et de la fluctuation et de l'élasticité, la femme était enceinte de 4-5 mois. Prenant la tumeur pour un kyste ovarique il fit la laparotomie. C'était un fibrome utérin.

Une grossesse extra-utérine co-existant avec une grossesse intra-utérine peut aussi présenter la même disposition au point de vue des phénomènes que peut fournir la palpation : il peut sembler qu'un utérus gravide est accompagné d'un kyste ovarique. Mais la grossesse extra-utérine accompagnant une grossesse intra-utérine est un phénomène très rare. On pourrait dans ces cas trouver des parties fœtales très superficiellement placées, deux foyers de battements fœtaux, et dans l'histoire de la malade on retrouverait sans doute quelque phénomène qu'on ne peut guère attribuer qu'à la grossesse extra-utérine.

L'abdomen peut être tellement distendu, qu'il est impossible de sentir de limites distinctes. La matité montre bien qu'il existe une tumeur abdominale, les phénomènes sympathiques de la grossesse, les mouvements fœtaux perçus par la femme permettent bien de penser qu'il y a gestation, mais on ne peut suffisamment se prononcer sur le contenu de la cavité abdominale. Si l'on parvient à reconnaître une tumeur énorme qui semble occuper seule la cavité abdominale, et s'il n'y a pas de signes bien apparents de grossesse, on est exposé à croire à l'existence d'un kyste volumineux de l'ovaire. D'un autre côté, si les malaises

(1) *Obst. Transact*, vol. XXI, p. 163.
(2) *Lancet*, 1864, vol. I, p. 117, cas 4.

sympathiques, les phénomènes de distension, les mouvements du fœtus, portent à croire qu'il y a une grossesse, cette tumeur énorme qui semble simple peut être attribuée à un utérus surdistendu par une hydramnios à un haut degré de développement, aussi c'est dans des cas semblables qu'une erreur de diagnostic a été commise. Guéniot (1) commit cette erreur et Nicholson (2) crut avoir affaire à une hydramnios jusqu'au moment où, l'accouchement terminé, il put reconnaître la véritable cause du développement abdominal. Des accoucheurs, pour soustraire la femme aux malaises si pénibles d'une hydramnios supposée ont provoqué le travail avant le terme. Fetscherin rapporte un cas où l'on fit une erreur de diagnostic, on provoqua le travail pour une hydramnios : c'était un kyste de l'ovaire compliquant une grossesse.

Le diagnostic des degrés extrêmes d'hydramnios est parfois très difficile, de sorte qu'en présence d'un abdomen très tendu on peut se demander s'il y a grossesse seule avec hydramnios, s'il y a grossesse gémellaire avec hydropisie d'un des œufs ou s'il y a grossesse et kyste ; ces difficultés tiennent à la grande tension de l'abdomen. Aussi des erreurs ont-elles été commises : W. Boddy (3) prit une hydramnios pour une kyste ovarique et ponctionna l'utérus ; la même erreur fut commise par Hiod, par Kyll (4). Le diagnostic serait encore bien difficile dans les cas semblables à celui de Depaul (5), où la grossesse extra-utérine s'accompagnait d'hydropisie de l'amnios.

Ces difficultés tiennent à la distension excessive du ventre et à la tension des parois. On sent bien de la fluctuation plus ou moins nette : quelquefois la femme ne sent pas remuer, n'éprouve pas de symptômes subjectifs bien nets. Ainsi, l'erreur peut être commise : ou bien, on croit à une hydramnios qui n'existe pas, ou bien, on croit à un kyste quand il y a grossesse et hydramnios. Ces erreurs nous démontrent donc qu'on doit, avant d'intervenir pour un kyste ovarique, toujours bien s'assu-

(1) *Gazette des Hôpitaux*, 1872.
(2) *Amer. Journ. of med. sciences*, july 1871.
(3) *British med. Journal*, 1878. Charpentier, *Accouchements*, t. I, p. 910.
(4) *N. Zeitsch. f. geb.*, Bd. VII.
(5) *De la grossesse extra-utérine*. (*Arch. de tocol.*, 1874 et 1875.)

rer de l'état de l'utérus. Le signe fourni par les contractions passagères d'un utérus gravide sera donc très précieux pour fixer la situation et le volume d'un utérus gravide, pour reconnaître s'il n'y a qu'un utérus gravide ou s'il y a en même temps une tumeurs ovarique. Les modifications du col, le ballottement, les modifications des seins seraient de puissants éléments du diagnostic. Il ne faudrait jamais oublier de les rechercher très attentivement et de discuter la valeur d'un seul de ces signes ou de la réunion de plusieurs signes de probabilité. Quelquefois le volume des kystes est tel qu'après l'expulsion du fœtus, l'abdomen ne semble pas avoir diminué.

Une grossesse avec ascite, surtout une grossesse compliquée d'hydramnios et d'ascite peuvent également par une distension excessive, par la fluctuation, créer des embarras au médecin. Cependant, la fluctuation reste souvent plus manifeste à la partie supérieure qu'à la partie inférieure, et d'autre part le liquide peut se déplacer quand la femme se couche sur un côté ; une sonorité à la percussion peut succéder à la matité après qu'on a ainsi déplacé le liquide par le changement de situation recommandé à la femme.

La mort du fœtus, dans de semblables conditions, produirait de grandes difficultés de diagnostic, en raison de la disparition des signes de grossesse.

Le cas est encore difficile quand une tumeur de la cavité abdominale, nageant dans un liquide ascitique et pouvant donner la sensation de ballottement, exposerait à une erreur de diagnostic (Spencer Wells), en faisant croire au ballottement céphalique.

Dans tous ces cas on doit assurément bien interroger les antécédents. Le kyste a pu être diagnostiqué dès les premiers mois de la grossesse alors que cela était facile; la femme s'est aperçue de la présence de deux tumeurs qui se distinguaient bien au début de la gestation, tandis que dans les derniers mois les lignes de séparation peuvent s'effacer comme cela est noté dans une observation d'Howitz (n° 3 de la thèse d'Heiberg).

Parfois, avons-nous dit, on ne perçoit plus qu'une seule tumeur abdominale et cette tumeur peut présenter tous les carac-

tères d'un kyste de l'ovaire. Il y aurait grand inconvénient à méconnaître l'existence d'une grossesse en raison des dangers que pourrait courir l'utérus gravide pendant une opération dirigée contre le kyste. Quand le kyste est placé devant l'utérus il peut le masquer complètement, la femme ne perçoit pas les mouvements de l'enfant, parce que les petites parties fœtales ne touchent pas la paroi abdominale qui seule les peut sentir. Souvent le col est atteint très difficilement, parce qu'il est reporté en arrière et en haut, et si l'on met l'aménorrhée sur le compte de l'affection ovarienne, on a reconnu l'existence d'un kyste, et la grossesse est méconnue. Ce n'est souvent qu'à la suite d'une ponction qu'on a reconnu l'utérus gravide (Sp. Wells, Atlee, Crawford, Heydenreich). C'est en raison de ces faits que les chirurgiens se sont imposé la tâche de rechercher toujours très attentivement tous les signes de l'état gravidique avant d'intervenir pour un kyste de l'ovaire. Même avec de telles précautions la gestation n'a pas toujours été reconnue, et c'est sur la table d'opération qu'on s'est aperçu de l'existence de la gravidité. On peut citer bien des opérations d'ovariotomies qui ont été pratiquées alors qu'on n'avait point reconnu la grossesse. Dans certains cas, en effet, on atteint très difficilement le col utérin, parce que l'utérus est repoussé en arrière et vers le détroit supérieur de telle façon que le doigt ne peut apprécier que d'une façon insuffisante les caractères, les modifications du col. C'est ainsi que Atlee introduisit la sonde utérine au deuxième mois. Sp. Wells (1) sonda aussi l'utérus gravide, la grossesse continua son cours.

Quand il y a lieu de soupçonner l'existence d'une grossesse, masquée par un kyste, on a donné le conseil de ponctionner le kyste avec précaution au point le plus fluctuant dans le but de vérifier après la réduction du kyste si l'utérus est en réalité en état de gestation, ou encore d'abaisser l'utérus en tirant sur le col.

Nous avons dit que l'hydramnios avait dans quelques cas induit le médecin en erreur; que l'utérus avait été ponctionné comme étant un kyste ovarique.

(1) *Obst. Trans.*, XI, p. 253. cas 1.

Il y a toujours à faire un diagnostic différentiel entre un utérus gravide et une tumeur abdominale, quand les signes de la grossesse ne sont pas assez évidents. Quand on reconnaît bien les petites parties fœtales, qu'on sent les mouvements, qu'on entend les battements, l'erreur n'est pas possible. Mais dans certains cas le diagnostic est très difficile et on est exposé à prendre un utérus gravide pour une tumeur. M. le docteur Pajot (1) pense que la méprise qui consiste à méconnaître la grossesse quand elle existe n'est pas très rare, et les hommes les plus justement considérés en médecine et en chirurgie, dit-il, ne l'ont pas toujours évitée.

Il citait (2) un de ces exemples d'une grossesse prise pour un kyste de l'ovaire. M. Monod (3) fit une laparotomie et trouva un utérus gravide, alors que les signes de grossesse recherchés avec soin avaient fait défaut. Spencer Wells resta une fois dans l'incertitude, ne pouvant se prononcer sur la nature d'une tumeur placée au-dessus du pubis et sur la ligne médiane. Il y avait aménorrhée depuis quatre mois. Après avoir discuté les inconvénients de l'introduction de la sonde utérine dans le cas où ce serait une grossesse compliquée de kyste ovarique, il introduisit la sonde à 15 centimètres. Il n'y avait ni battements fœtaux ni souffle. Après cette intervention, il ne put dire si l'hypertrophie de l'utérus était due à une grossesse. Voilà un exemple que démontre de combien de difficultés le diagnostic peut être entouré. Ces difficultés se rencontreront donc dans le cas où les signes importants de grossesse font défaut ou sont très difficiles à percevoir. Gaillard Thomas (4) s'exprime ainsi : « J'ai observé trois fois pendant ces trois derniers mois, des grossesse arrivées presque à leur terme et qui avaient été prises pour des kystes de l'ovaire... Dans deux cas la grossesse était illégitime et les praticiens s'étaient trompés en s'appuyant sur les signes rationnels au lieu des signes physiques... Quant aux symptômes gastriques, mammaires, nerveux de la grossesse, on les ren-

(1) *Annales de gynécologie*, 1874.
(2) *Courrier médical*, 1884.
(3) Séance de la Société de chirurgie, 18 mars 1885.
(4) *Mal. des femmes*, p. 616.

contre parfois dans les kystes de l'ovaire. Lorsque le fœtus est mort, beaucoup des symptômes font défaut et lorsqu'il est retenu pendant plusieurs années, ce qui arrive parfois, le diagnostic est plus difficile... Le diagnostic est encore plus compliqué lorsqu'il s'agit d'une grossesse ventrale ou tubaire. »

MM. Tarnier et Chantreuil (1) notent que des parois abdominales épaisses, chargées de graisse ou distendues par suite d'une accumulation d'urine dans la vessie, de gaz dans l'intestin, empêchent de bien sentir par la palpation le fond de l'utérus gravide. Ils recommandent de répéter les observations afin de se mettre en garde contre les erreurs que peuvent causer ces états pathoogiques.

Quand l'utérus est déjà volumineux ce sera surtout lorsque le fœtus est mort qu'une erreur est facile à commettre, parce que les signes les plus importants font défaut. Nous avons cité les erreurs auxquelles peut exposer l'hydramnios. Quant la grossesse est moins avancée, il est quelquefois très difficile de reconnaître les signes de la grossesse et la confusion d'un utérus gravide pourrait être faite avec un kyste de l'ovaire. MM. Tarnier et Chantreuil s'expriment ainsi au sujet du diagnostic différentiel : « Le kyste de l'ovaire n'occupe pas ordinairement, comme l'utérus gravide, la ligne médiane, mais l'un des côtés du petit bassin ou de la région épigastrique. Plus tard, quand la tumeur est volumineuse et uniloculaire on trouve une fluctuation qui fait défaut dans la grossesse normale. Les kystes multiloculaires se reconnaissent, au contraire, à leur configuration irrégulière, et à leur consistance inégale, qu'on ne confondra pas avec les saillies fœtales, dont la forme et la mobilité et la résistance sont caractéristiques lorsqu'on à l'habitude du palper abdominale chez les femmes enceintes. »

On recherchera toujours avec le plus grand soin les modifications gravidiques du col et surtout le ballottement, qui est considéré comme un signe de quasi-certitude, et vers la fin de la grossesse l'engagement d'une partie fœtale dans la région supérieure du bassin.

(1) *Traité de l'art des accouchements*, p. 510, t. I.

KYSTES SITUÉS DANS L'EXCAVATION.

Le diagnostic des petits kystes, de ceux qui se sont logés dans l'excavation, intéresse tout particulièrement l'accoucheur, car par leur siège ils créent des difficultés pendant le travail; or, ces difficultés peuvent-elles être levées par un traitement, sont-elles de nature à pouvoir être écartées? Le diagnostic doit nous renseigner sur trois points : 1° sur l'existence d'une grossesse; 2° sur l'existence d'une tumeur qui remplit plus ou moins l'excavation pelvienne; 3° sur la nature de cette tumeur.

Le diagnostic d'une grossesse, s'il est le plus souvent bien facile à poser, est dans quelques cas entouré de la plus grande obscurité, particulièrement pendant les premiers mois de la gravidité. Quand on sent le globe utérin, quand on perçoit les mouvements de l'enfant, qu'on entend les battements de son cœur, le diagnostic est bien facilement fait. Mais c'est surtout dans les premiers mois qu'il est difficile d'établir un diagnostic certain. C'est sur les malaises sympathiques, sur les modifications des seins, l'augmentation de volume de l'utérus, les modifications du col qu'on se fonde pour admettre l'existence d'une grossesse. Mais la tumeur du bassin en déplaçant l'utérus, en élevant parfois le col peut tenir le médecin dans l'incertitude. D'autre part, une tumeur du cul-de-sac postérieur lorsqu'elle refoule le col en avant, peut en imposer pour une rétroversion d'un utérus gravide, alors qu'il n'existe ni conception ni rétroversion.

On s'appliquera donc, surtout dans les premiers mois, à rechercher le plus grand nombre possible de signes de grossesse, et plusieurs signes réunis donneront plus de sûreté au diagnostic. Nous avons déjà dit que le plus souvent le médecin n'était appelé à reconnaître la tumeur qu'au moment du travail. Cependant il peut arriver que l'attention soit attiré par des malaises, des douleurs de reins, des douleurs pelviennes, des troubles de la miction ou de la défécation. Ou bien pour quelque motif, le médecin s'est trouvé dans la nécessité de prati-

quer le toucher pendant le cours de la gestation et à cette occasion il trouve quelque chose d'anormal par le toucher. On sent en arrière une tumeur qui fait plus ou moins bomber le cul-de-sac postérieur du bassin, tantôt dirigée un peu plus à gauche qu'à droite ou *vice versa*. Nous n'avons pas trouvé d'exemple de tumeur ovarique placée devant l'utérus et ayant gêné l'accouchement. Le kyste ovarique peut présenter manifestement de la fluctuation, le diagnostic est alors facile, si surtout, dès le début de la grossesse on peut encore faire l'exploration bimanuelle qui renseigne exactement sur la nature kystique de la tumeur. C'est dans ce cas que le toucher rectal et vaginal combiné peut rendre aussi de grands services. Il permet de reconnaître que la tumeur siège réellement entre le rectum et le vagin. Parfois, la sensation fournie est celle d'une tumeur élastique. Plus tard et surtout pendant l'accouchement la fluctuation peut manquer ou n'être appréciée que très difficilement parce que, par suite de la pression exercée de haut en bas par l'utérus gravide la voûte supérieure du vagin se trouve tendue fortement sur la tumeur.

Le siège du kyste, sa consistance peuvent exposer à des erreurs de diagnostic. Le kyste peut dans les premiers mois de la grossesse en imposer pour une rétroversion de l'utérus gravide. la confusion a été commise par Gistren (1), Litzmann (2). Stadfeld (3) reçut à sa clinique une femme chez laquelle le diagnostic différentiel était très difficile, cette femme avait été envoyée dans son service pour une rétroversion, tandis que c'était une tumeur ovarique placée derrière un utérus gravide. On observe en effet au toucher à peu près la même disposition, col en avant, tumeur en arrière, signes de grossesse, troubles dans la miction et la défécation.

C'est principalement par un examen complet pendant le sommeil chloroformique qu'on pourra s'assurer de la nature réelle de la tumeur, le refoulement de la tumeur lèvera les doutes en même temps que ce sera un traitement utile dans les deux cas.

(1) Jetter, p. 10.
(2) Jetter, p. 554.
(3) Heiberg, p. 109.

L'hématocèle rétro-utérine est trop rare pendant la gestation pour qu'il puisse y avoir confusion.

La grossesse extra-utérine présente des symptômes qui peuvent être confondus avec ceux d'une grossesse utérine compliquée de kyste ovarique pelvien. On a dans les deux cas les signes rationnels de grossesse ; quand l'œuf se développe dans la fosse de Douglas il refoule en avant le col utérin, et en même temps celui-ci présente quelques modifications gravidiques. Kidd (1) rapporte le cas d'une grossesse extra-utérine logée dans le cul-de-sac de Douglas et qui pouvait être prise très facilement pour une tumeur ovarique. La douleur, les poussées de péritonite, l'immobilité du kyste fœtal, le peu de changements du col permettront de distinguer la grossesse extra-utérine d'une tumeur ovarique qui est le plus souvent indolore, parfois mobile, et ne se traduisant le plus souvent par aucun malaise sérieux, tandis qu'il en est tout autrement pour une grossesse extra-utérine.

Mais c'est surtout au moment du travail qu'il est nécessaire de reconnaître la nature de la tumeur pelvienne.

Au moment du travail le kyste pourrait être confondu avec d'autres tumeurs d'origine différente qui peuvent aussi de leur côté mettre obstacle à l'accouchement. Le kyste qui fait ainsi bomber le cul-de-sac postérieur, descendant parfois jusque vers le milieu du sacrum, peut conserver son caractère important, la fluctuation. Dans d'autres cas il est élastique. Mais il est un phénomène sur lequel on ne saurait trop insister : c'est le degré énorme de tension que peut prendre un kyste ovarique sous l'influence de la compression qu'il supporte pendant le travail. Cette tension peut être assez forte pour lui donner les caractères d'une tumeur solide. Au toucher on a la sensation d'une tumeur solide, et l'erreur qui consiste à prendre un kyste ainsi tendu pour une tumeur solide a été faite plusieurs fois. M. Tarnier raconte dans ses cours qu'il prit ainsi un kyste de l'ovaire pour une tumeur fibreuse de l'utérus ; il put extraire l'enfant au moyen du forceps. La mère mourut et l'autopsie démontra qu'il

(1) *Dublin Journ. of med. scienc.*, 1870, p. 467.

s'agissait d'un kyste. On a quelquefois remarqué que ces kystes reprenaient une certaine mollesse dans l'intervalle des contractions. Je ne ferai que mentionner les tumeurs dures du bassin, qui pourraient en imposer pour un kyste tendu ou pour un kyste dermoïde. C'est ainsi que Baudelocque prit un kyste dermoïde pour une exostose. Une tumeur ovarienne même adhérente au péritoine pourra toujours être plus ou moins ébranlée tandis qu'une exostose présente une immobilité absolue.

Les rétentions de matières fécales ne tiendront pas longtemps le médecin dans le doute, surtout s'il suit le précepte de vider les réservoirs avant de recourir à toute intervention. Cette mesure de s'assurer de l'état du rectum et de la vessie peut faire éviter des erreurs, car la vessie peut elle-même, exceptionnellement, par des diverticulums, être l'origine de tumeur pelvienne.

Dans ses leçons, M. le Professeur Herrgott nous a parlé d'un cas dont il a été témoin à Strasbourg, pendant son internat à la clinique de M. le professeur Stoltz. Il assistait à un accouchement qui semblait entravé par une tumeur assez considérable, de consistance molle, située à la partie *postérieure droite* du bassin ; pendant les contractions, cette tumeur se durcissait, se relâchait pendant le repos, elle était sensiblement fluctuante. Ne sachant au juste à quoi il avait affaire, et pensant qu'une ponction pouvait devenir nécessaire, il pria M. le professeur Stoltz de vouloir bien venir voir la parturiente.

Quand le professeur de clinique arriva, il constata le même état ainsi que la nécessité de l'évacuation du liquide renfermé dans cette poche ; il s'informa si la femme avait souffert avant l'accouchement, et si habituellement elle urinait facilement, et si pendant le travail elle avait uriné ; comme la réponse à la première question était négative, affirmative pour les autres, il jugea néanmoins prudent de *vider les réservoirs*, comme il disait avant de procéder à une opération ; un lavement fut administré, à la suite duquel il ne se fit aucune évacuation, puis on introduisit une sonde dans la vessie ; il s'écoula une grande quantité d'urine ; quand on examina la parturiente, on constata que la tumeur avait disparu ; l'accouchement eut lieu peu après, avec une grande facilité. Dans la leçon qui suivit cet accouche-

ment, le maître insista sur la nécessité de procéder à l'évacuation des réservoirs avant d'entreprendre toute opération obstétricale ou même toute autre, quand elle doit être pratiquée sur la paroi inférieure de l'abdomen, et sur les obstacles variés que le réservoir urinaire pouvait opposer à la marche du travail.

Un cas analogue a été observé par Brandt, cité par Jacquemier (1) « La tumeur formée par la hernie de la vessie dans le vagin... était en arrière entre le vagin et le rectum. » Le cathétérisme, en même temps qu'il écarterait l'obstacle à l'accouchement, permettrait de poser un diagnostic exact.

D'autres tumeurs ovariennes peuvent descendre dans le cul-de-sac postérieur : 9 fois sur 10, pour les tumeurs de l'ovaire, la tumeur est un kyste.

Si la tumeur est de nature maligne, elle aura très probablement déjà produit des ravages sur l'organisme maternel ; tandis que les kystes n'agissent point, le plus généralement sur la santé de la femme.

Dans quelques observations, le diagnostic de la nature de la la tumeur qui obstruait le bassin n'est pas indiqué, parce qu'il eut été trop difficile pour l'observateur de se prononcer à ce sujet. Au point de vue du traitement, le refoulement convient dans les deux cas.

Des tumeurs excessivement rares ont pu occuper l'excavation pendant l'accouchement, tel le cas de Chambry, rapporté dans la thèse de Puchelt, p. 155 : une tumeur osseuse (probablement une grossesse tubaire pour Danyau), occupant le bassin, rendit l'accouchement impossible. De même, des tumeurs du mésentère, du foie, sont arrivées quelquefois jusque dans le bassin. Si dans le diagnostic différentiel on ne doit guère tenir compte de ces tumeurs qui descendent si rarement dans l'excavation, il n'en peut plus être de même pour les tumeurs fibreuses.

Les tumeurs fibreuses de l'utérus, celle du col ou du segment inférieur, les tumeurs pédiculées du corps, sont aussi souvent la cause de rétrécissement de l'aire pelvienne. Elles présentent, dans certains cas, une fausse fluctuation qui les a fait prendre

(1) Jacquemier. *Accouchements*, t. II, p. 178.

pour des kystes ; on a même essayé la ponction dans certains cas.

Nous avons cité le cas observé par M. le professeur Tarnier, cas qui démontre que la confusion peut être faite entre un kyste et un fibrome utérin. Il y a donc lieu de rechercher par tous les moyens possibles à éviter l'erreur.

« Il faudra combiner le toucher vaginal et le toucher rectal avec le palper, pour bien apprécier les caractères physiques de chaque tumeur. Il sera quelquefois possible, tout en maintenant l'utérus gravide, de déplacer la tumeur qui n'en fait pas partie. Le plus souvent, le kyste descend dans le cul-de-sac utéro-rectal et par le toucher, on peut apprécier sa surface arrondie, sa résistance, sa dépressibilité, sa fluctuation. L'interrogatoire sur les antécédents de la grossesse, aura lui aussi son importance ; car les phénomènes de la menstruation sont quelquefois différents, dans le cas de kyste de l'ovaire confirmé avant la grossesse, il y a dans certains cas des hémorrhagies, le plus souvent des irrégularités menstruelles, de la dysménorrhée ou de l'aménorrhée. Dans le cas de tumeur fibreuse, les menorrhagies, les métrorrhagies sont la règle ; de plus ces hémorrhagies continuent souvent pendant la grossesse. Enfin, l'utérus en se développant entraîne avec lui la tumeur fibreuse qui lui est accolée ou qui en fait partie intrinsèque. Mais si le fibrome est sous-péritonéal, si le pédicule est difficile à trouver, si surtout les tumeurs sont libres dans l'abdomen, le diagnostic pendant la grossesse devient impossible, car le cathétérisme utérin pouvant seul lever les incertitudes ne peut être pratiqué » (Lefour) (1).

On pourrait cependant dans ces cas, au moment du travail, tenter une ponction faite avec un trocart très fin. Elle pourrait donner écoulement à une certaine quantité de liquide, et dans ces cas, le diagnostic serait définitivement établi.

La dilatation sacciforme pourrait aussi, au moment du travail, peut-être exposer à des difficultés de diagnostic. Le col peut être reporté en avant et très en haut. Le professeur Depaul à cet égard pensait que le diagnostic reposait sur la connaissance plus

(1) Lefour. *Des fibromes utérins au point de vue de la grossesse et de l'accouchement*. (Thèse d'agrégation, 1880, p. 172.)

ou moins complète que l'on peut acquérir sur la nature de la tumeur qui plonge dans l'excavation. Dans la dilatation sacciforme, le toucher peut permettre de reconnaître une partie fœtale à travers le segment inférieur dilaté.

Les kystes kydatiques du petit bassin pourraient être confondus avec les kystes ovariques ; ils offrent quelquefois le même phénomène que les kystes ovariques, c'est-à-dire une résistance, une dureté pendant le travail de l'accouchement, soumis qu'ils sont à une compression entre la partie fœtale et les parois du bassin.

Porak (1), qui a étudié ces kystes en 1884, dit « que ces tumeurs peuvent présenter la même forme, la même indolence, la même absence de phénomènes généraux, les mêmes caractères physiques, la même marche que les kystes de l'ovaire.... Si la tumeur siège dans la cloison recto-vaginale ou en un autre point du petit bassin, la détermination précise de la situation qu'elle occupe pourra permettre d'exclure l'idée d'un kyste de l'ovaire; mais si la tumeur siège dans le cul-de-sac de Douglas, on ne pourra établir sa nature que par la ponction; et cette ponction ne devra être faite que si elle est nécessaire pour lever l'obstacle. » Le liquide est généralement clair, transparent et renferme des crochets.

On a cité des tumeurs des parois utérines autres que les fibromes, et qui mettaient obstacle à l'accouchement, elles sont très rares, et le diagnostic de leur nature et de leur siège peut être très difficile.

(1) *Gazette hebdomadaire,* 1884.

CHAPITRE VI

PRONOSTIC.

Les kystes ovariques sont une complication en réalité sérieuse pour la grossesse. Ils exposent jusqu'à un certain degré la mère et l'enfant à la mort. On ne pourrait cependant conclure de la publication d'observations qui décrivent différents accidents que c'est là ce qui se présente généralement. Heiberg, qui a étudié sérieusement cette question pense aussi comme nous qu'on a publié de préférence les cas présentant quelque événement, quelque fait important ou dans le but de faire ressortir un mode de traitement. Nous sommes loin cependant de méconnaître la gravité de cette complication chez la femme enceinte : l'étude que nous avons faite des phénomènes qui peuvent se passer nous montre assez que les dangers peuvent être parfois excessivement graves.

Pour la mère, il est rare qu'on n'aie pas à noter un certain degré de malaise. Si la tumeur kystique est dans la cavité abdominale, elle causera toujours un certain degré de gêne, de pesanteur, ou bien on notera des douleurs, des troubles de la miction, de la défécation : en somme, le plus souvent, quelque chose de plus que les simples malaises sympathiques. Mais, si la tumeur était volumineuse déjà auparavant ou si son évolution se trouve stimulée par la gravidité, elle pourra devenir de très bonne heure excessivement gênante, par son volume elle refoulera le diaphragme, comprimera les organes abdominaux, les vaisseaux, de là des malaises beaucoup plus sérieux. Cette tumeur, sous l'influence de la compression qu'elle subit elle-même, vient-elle à se déchirer, vient-elle à suppurer après une ponction, vient-elle à tourner sur son pédicule et à fermer ainsi la lumière de ses vaisseaux, alors de graves accidents éclatent et la mort en est

souvent la conséquence, malgré tous les efforts de la thérapeutique.

Si les kystes volumineux entraînent certains dangers, les petits kystes, pour en être moins apparents n'en sont pas moins dangereux.

L'étude que nous avons faite du travail nous a appris à connaître et les accidents et les dangers de celui-ci. Le siège du kyste nous a montré toute l'importance qu'il comportait, quand nous avons pu montrer comment un kyste logé dans le cul-de-sac de Douglas devenait souvent un obstacle très embarrassant pour l'accoucheur, mais surtout dangereux pour la mère et pour l'enfant. Mais tous ces malaises, ces accidents et ces difficultés au moment du travail ne sont pas sans rendre le pronostic assez sérieux pour la mère. Les accidents peuvent se dérouler rapidement et nécessiter une intervention rapide. Les opérations mêmes qu'il faudra employer ne seront pas toujours inoffensives : la ponction pourra entraîner la suppuration du kyste, sa rupture, une péritonite ; l'ovariotomie n'est pas non plus sans danger. Quant à l'intervention pendant le travail, elle présente aussi ses dangers ; il me suffit de rappeler que le refoulement expose à la rupture du kyste, que la ponction expose à l'écoulement du contenu du kyste dans la cavité abdominale. Si ces moyens ne suffisent pas, il faut recourir, dans certains cas, aux opérations telles que la céphalotripsie, l'opération césarienne, qui sont toujours des interventions bien entourées de dangers.

Le pronostic variera encore suivant le siège de la tumeur. En étudiant le cours de la grossesse et du travail avec complication de kyste ovarique, nous avons montré que les kystes qui, par leur siège, mettent un obstacle à l'accouchement, sont beaucoup plus dangereux que ceux qui se placent dans la cavité abdominale. Le pronostic est donc variable pour la mère selon ces différentes conditions que nous venons d'énoncer.

On a cherché à établir le chiffre de la mortalité pour la mère. Nous nous sommes déjà expliqué sur la difficulté qu'il y avait d'arriver à établir, même approximativement, ce chiffre, parce que tous les cas, surtout les simples, ne sont pas publiés, mais

encore parce qu'on ne sait qu'à peu près le moment où a débuté un kyste ; le médecin n'est appelé à porter un diagnostic que lorsque le kyste a déjà pris un volume considérable : pour les antécédents, il doit s'en rapporter aux explications de la femme qui dira souvent que le ventre ne diminuait plus que d'une façon très légère après ses accouchements, ou que la sage-femme après la sortie de l'enfant, avait cru à une grossesse gémellaire. Les renseignements sont donc souvent trop peu précis, et si l'on ne peut calculer la proportion relative des accidents par rapport au nombre de grossesses que d'après ce que le médecin a pu constater *de visu* ou pu accepter d'après les documents suffisamment probants, on est exposé à ne pas compter nombre de grossesses déjà compliquées de kyste ovarique : dans ce cas, la proportion des accidents ou des décès par rapport au nombre des grossesses est certainement trop élevée. C'est une cause d'erreur qui a été reconnue par ceux qui ont étudié ce point.

Nous avons cherché à établir, autant que possible, le danger de chaque accident, de chaque intervention : nous ne donnerons pas de nouveau ces chiffres.

Mais le pronostic n'est pas seulement défavorable pour la mère, il l'est aussi pour l'enfant. La grossesse est souvent interrompue avant l'époque de la viabilité de l'enfant, ou bien c'est dans les derniers mois ; l'enfant peut vivre, il est vrai, grâce surtout aux moyens dont on dispose maintenant, mais cependant la mortalité est encore à considérer. L'intervention chirurgicale pendant la grossesse a une influence bien certaine sur le produit de conception : qu'il nous suffise de dire que les ovariotomies pratiquées pendant la grossesse ont été suivies d'une mortalité de 50 p. 100 pour les enfants.

Mais le travail coûte aussi, malheureusement, souvent la vie à l'enfant, particulièrement lorsque la tumeur ovarienne a déterminé une angustie pelvienne ; les lenteurs du travail, les opérations nécessaires aggravent le pronostic pour l'enfant.

Si nous voulions étendre ces considérations sur le pronostic, nous ajouterions qu'après le travail tout danger n'est pas passé, que dans la puerpéralité on verra apparaître des inflammations

kystiques, suppuration, rupture du kyste, des péritonites, tous accidents qui comportent un pronostic très grave.

Nous pouvons donc dire que si un kyste ovarique peut permettre à plusieurs grossesses de se passer à peu près normalement, il peut survenir cependant des accidents qui apparaîtront plus ou moins tôt, et cela pourra dépendre de la nature du kyste, de son évolution rapide, de l'influence que la grossesse peut exercer sur lui, du siège qu'il occupe, de l'intervention opératoire.

Les auteurs ont le plus souvent confondu dans la même étude toutes les tumeurs de l'ovaire, de telle sorte que leurs statistiques ne peuvent pas tout à fait s'appliquer à notre question.

Ainsi Heiberg, pour 224 femmes, a compté 271 grossesses et 281 enfants.

Sur ces cas, il trouve :

Mortalité maternelle : 24,7 p. 100.
— des enfants : 39 —

Jetter, avant lui, avait trouvé :

Mortalité maternelle : 31,4 p. 100.
— des enfants : 40,7 —

D'autres statistiques comme celles de Litzmann, de Playfair, de Hirsch ne portent que sur l'accouchement, c'est-à-dire quand les tumeurs siègent le plus souvent dans le bassin.

	Playfair.	Litzmann.	Hirsch.
Mortalité maternelle	40 p. 100	43 p. 100	33 p. 100
— des enfants	63 —	83 —	66 —

Dans ces conditions, Heiberg trouve :

50 p. 100 de mortalité pour les mères.
38 — — les enfants.

et nous avons trouvé :

30 p. 100 de mortalité pour les mères.

Malheureusement, le sort des enfants manque trop souvent

pour qu'on puisse arriver à donner une proportion suffisamment exacte.

Voici les résultats que fournissent toutes les observations de kystes ovariques que nous avons pu réunir :

257 femmes ont présenté 321 grossesses.

246 sont allées à terme.

75 ont expulsé l'enfant avant le terme (avortement et accouchement prématuré).

61 femmes sont mortes, ce qui donne 23 p. 100 de mortalité. (9 fois le sort non désigné).

98 enfants n'ont pu vivre sur les 317 (48 fois le sort est inconnu) : ce qui donne plus de 30 pour 100 de mortalité,

Cette complication de la grossesse est donc assez grave et l'on peut dire qu'il y a là encore une raison qui milite en faveur de l'ovariotomie comme traitement, envisagé au point de vue général des kystes de l'ovaire. En même temps que cette opération enlève la tumeur, elle met la femme à l'abri des dangers qui pourraient survenir pendant une grossesse, puisque même une dégénérescence assez avancée d'un et même deux ovaires ne met pas toujours la femme dans l'impossibilité de concevoir.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT.

Il est une question délicate que le médecin peut se poser lorsqu'il reconnaît chez une femme une affection, un vice de conformation, ou, d'une façon générale, tout état spécial qui peut ou doit créer des dangers, soit pendant la grossesse, soit pendant l'accouchement : cette femme peut-elle se marier? Peut-elle devenir mère ? Répondre d'une façon absolue et sans examen sérieux serait s'exposer soit à priver ces femmes des joies de la maternité, soit, d'un autre côté, leur permettre d'encourir des dangers parfois excessivement sérieux. Cette question a été soulevée pour les kystes ovariques comme elle l'a été pour les fibromes utérins.

Il est évident que le véritable remède est l'extirpation de la tumeur qui supprimera tous ces dangers. Mais si elle n'est point proposée, ou si elle n'est pas acceptée, le médecin peut être interrogé sur les éventualités possibles pendant une grossesse. G. Hewitt (1) et Rheinstaedter (2) se prononcent contre le mariage. A l'appui de cette opinion, on peut dire qu'il n'est pas toujours possible de savoir d'avance si un kyste ne deviendra pas le siège ou la cause d'accidents très graves pendant la grossesse, tandis que, dans d'autres cas, ce sera surtout pendant l'accouchement que le kyste deviendra une véritable complication sérieuse.

Heiberg pense qu'il faut fonder ses conseils sur les notions fournies par le kyste au point de vue du siège et du volume.

On ne peut dire avec certitude à une femme affectée de tumeur de l'ovaire qu'elle deviendra enceinte; d'autre part, les

(1) *Diseases of women*, p. 604.
(2) *Berl. klin. Wochenschr.*, 1875, p. 303.

tumeurs ne se comporteront pas toutes de la même façon envers la grossesse. Il en est de ces tumeurs qui, si elles ne s'accroissent pas ou que très peu, ne procureront pas de gêne sérieuse et une série heureuse de grossesses pourrait déjouer la trop grande prudence du médecin qui aurait déconseillé le mariage, conseil dont on n'aurait pas tenu compte d'ailleurs ; tandis qu'il en est d'autres, celles dont l'accroissement est rapide, qui exposeront aux dangers de compression, dyspnée, etc., puis de rupture, et celles qui sont fixées dans le pelvis aux dangers d'un accouchement difficile et même impossible.

Si l'on ne peut donc déconseiller le mariage d'une façon absolue, on devra toujours représenter que dans l'éventualité de grossesse il peut survenir quelque accident, et que, dans certains cas, il serait très imprudent de s'exposer à concevoir ; que l'opération radicale peut seule rendre une grossesse et l'accouchement possibles, tout en débarrassant la femme de son affection.

— Avant d'aborder la question du traitement qui doit être basé sur les indications découlant de ce que nous avons dit et de la distinction clinique si importante des kystes en kystes pelviens et kystes abdominaux, nous devons faire remarquer de suite que certains chirurgiens ont voulu établir un seul mode d'intervention, une seule méthode de traitement. Ainsi des médecins, se plaçant à des points de vue différents, avec la même intention de soustraire la femme aux dangers de la grossesse compliquée de kyste ovarique, recommandent des méthodes diamétralement opposées.

L'un, Barnes, se préoccupant particulièrement des difficultés de l'accouchement, analysant les statistiques qui démontrent l'énorme mortalité maternelle, veut écarter à tout prix ces dangers et, pour cela, s'attaque à la grossesse elle-même ; il veut qu'on en interrompe le cours pour ne pas laisser courir à la mère les risques d'un accouchement et ceux qui peuvent dépendre de la gravidité. Il érige la provocation du travail prématuré en méthode : il en fait une indication absolue.

D'autres chirurgiens ont vu, il est vrai, des femmes traverser plusieurs grossesses sans accident, mais parfois ont été témoins

d'accidents excessivement graves qui ont quelquefois entraîné la mort dans un plus ou moins prompt délai. Ceux-là préfèrent s'attaquer directement au kyste ; et comme l'expérience acquise d'abord involontairement par les chirurgiens, à la suite d'erreur de diagnostic, puis acquise dans des opérations d'ovariotomie faites de propos délibéré chez la femme enceinte, a démontré que le succès suivait très souvent la tentative opératoire et que la grossesse elle-même n'en était pas forcément interrompue, ils font la ponction ou l'ovariotomie. Ainsi, Schrœder estime que pendant la grossesse, pour une tumeur d'ovaire quelque peu grosse, l'ovariotomie doit être la règle et non l'exception, et Sp. Wells formule dans sa cinquième conclusion que : « quand on se trouve en présence d'un kyste multiloculaire ou d'une tumeur solide, l'extirpation est indiquée et doit être faite, si possible, au début de la grossesse ».

Une méthode de traitement ne peut que bien rarement s'appliquer à tous les cas sans exception ; « toujours et jamais » ne doivent s'employer en médecine, disait C. Forget, dans son enseignement, parce que les cas ne se ressemblent point : il y a des circonstances de temps, de lieu, de siège qui font varier les indications. De même qu'on ne peut souscrire absolument à la proposition de ne pas s'inquiéter de la grossesse quand il y a un kyste de l'ovaire à extirper, de même aussi, on ne peut toujours non plus interrompre le cours de la grossesse lorsqu'elle est compliquée de kyste ovarique. La distinction clinique que nous avons admise dès le début démontre surabondamment que les cas de grossesse avec kyste ovarique ne peuvent pas être comparés d'une façon absolue, puisque les uns troublent surtout le travail, tandis que les autres, en laissant l'accouchement s'accomplir naturellement, peuvent créer d'importants malaises pendant le cours de la gestation, et peuvent créer des dangers pour la femme par les accidents auxquels peut les exposer le développement continu de l'utérus gravide.

Une seule méthode de traitement ne peut donc convenir à tous les cas. Tel traitement conviendra à un cas, tandis qu'il sera contre-indiqué pour le suivant.

Nous pensons donc que l'étude du traitement ne sera réellement

utile qu'autant que chaque accident, chaque danger trouvera la place dans une classification des indications thérapeutiques; de cette façon, toutes les méthodes de traitement trouveront leur description en même temps que l'indication de leur emploi pourra mieux être précisée.

Pour ne pas multiplier les descriptions, nous donnerons les idées des auteurs chaque fois qu'un mode de traitement trouvera une place importante dans l'étude des différentes indications.

Pour suivre un ordre méthodique, nous diviserons les indications selon qu'elles sont fournies, soit :

1° Par une tumeur kystique qui occupe la cavité abdominale sans intéresser la filière pelvienne;

2° Par une tumeur kystique qui occupe ou rétrécit l'aire pelvienne.

Il est à peine besoin de faire remarquer que les tumeurs volumineuses qui, par un prolongement pelvien, appartiennent aux deux groupes, reconnaîtront les indications de l'un et l'autre groupe.

Nous devons donc, de l'étude faite précédemment, faire découler les indications qui sont la conséquence des faits et rechercher le traitement qui convient à chacun d'eux.

A. — KYSTES OVARIQUES SITUÉS DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE.

TRAITEMENT PENDANT LE COURS DE LA GROSSESSE.

Si nous résumons ce que nous avons dit, nous trouvons que les kystes peuvent compliquer la gestation par DIFFÉRENTS MALAISES ET TROUBLES qui dépendent *de leur volume* ou *de leur développement rapide* :

Oppression, dyspnée, palpitation (refoulement du diaphragme) ;

Tension abdominale, douleurs vives (distension) ;

OEdème, varices, troubles de miction, de défécation (compression des organes) ;

Expulsion du produit de conception (compression de l'utérus, adhérences, déviations utérines),

par LES ACCIDENTS PROPRES des kystes dont la production est favorisée par la gravidité.

Inflammation du kyste ;

Rupture ;

Torsion du pédicule ;

Hémorrhagie dans le kyste,

par LA NATURE MALIGNE de la tumeur ovarique.

Trois modes de traitement peuvent être proposés contre les différentes complications de l'état gravidique :

La provocation du travail ;

La ponction du kyste ;

L'ovariotomie pendant la grossesse.

Chacun de ces modes de traitement a été proposé et employé. Nous devons étudier chacun d'eux, les résultats qu'ils donnent et nous arriverons de cette façon à poser les indications basées sur les faits.

Provocation de l'accouchement prématuré.

On lit, dans les leçons sur les opérations obstétricales de R. Barnes (1) : « Les risques de rupture, d'étranglement de la tumeur, de choc consécutif, d'hémorrhagie et de péritonite, sont si sérieux, et les accidents arrivent tellement à l'improviste, qu'on doit se demander sérieusement s'il est prudent de laisser l'utérus gravide et la tumeur se développer ensemble, et s'il ne faut pas intervenir. Ne rien faire parce que la grossesse s'est souvent terminée heureusement, c'est simplement s'en remettre au hasard, c'est une passivité qui n'a que trop de chances de causer des regrets superflus ; nous n'avons aucun signe qui nous indique qu'une tumeur crèvera ou s'étranglera dans le cours de la grossesse ou du travail ; les tumeurs liquides ont plus de chances de crever, mais les tumeurs solides peuvent se tordre et s'étrangler ; les deux espèces peuvent amener un obstacle imprévu à l'accouchement et subir un traumatisme fatal pendant le travail ; l'organisme peut n'avoir pas la force de supporter ce double fardeau, tandis qu'une intervention judicieuse n'entraîne aucun danger sérieux.

« L'observation d'un nombre considérable de cas de maladies graves, constitutionnelles ou organiques, compliquant la grossesse et de tumeurs ovariennes pendant la gestation, m'a amené à cette conclusion générale, qu'il vaut mieux mettre d'abord un terme à la grossesse, puis se laisser guider par les indications pour traiter la maladie ou la tumeur. Cette conclusion est le résultat de trois ordres différents d'observations, concourant toutes au même point : 1° dans un grand nombre de cas, la nature résout le problème : *elle prend le cas en main* et se débarrasse par l'accouchement prématuré ; 2° dans une autre série de cas, dans lesquels l'accouchement a été provoqué artificiellement, on a obtenu un soulagement immédiat et le salut de la malade ; 3° dans une autre série de cas, où l'accouchement ne s'est pas effectué spontanément et n'a pas été provoqué, il s'est

(1) Traduction française de Cordes, 1873, p. 251.

produit des catastrophes formidables, la mort même souvent est arrivée. Nous arrivons donc à conclure qu'il faut réduire le cas à sa plus simple expression en éliminant l'une ou l'autre des complications. Laquelle faut-il éliminer? On ne peut sérieusement penser à enlever la tumeur par la gastrotomie, et sans cette opération l'élimination n'est que partielle. On peut ponctionner le kyste et réduire le volume assez pour qu'elle soit tolérée ; si l'accouchement n'est pas amené par la ponction — et il y a grand risque qu'il se produise — ce qui reste de la tumeur pourra gêner l'accouchement à terme.

« Il y a des considérations qui plaident fortement en faveur de l'élimination de la grossesse : 1° la tumeur peut être en grande partie solide ; 2° si même elle est évidemment en grande partie liquide, nous ne pouvons pas savoir, avant la ponction, ce qui en restera de solide pour rendre l'accouchement dangereux ; 3° la ponction du kyste peut être dangereuse par elle-même, le kyste peut se remplir de nouveau, l'accouchement prématuré peut se produire dans des circonstances défavorables. Il nous faut donc commencer par provoquer l'accouchement, puis traiter la maladie, dégagée de la complication, dans les meilleures conditions ; voilà la règle, l'exception est de ponctionner. »

J'ai tenu a citer les propres paroles de Barnes pour montrer combien cet accoucheur regarde comme nécessaire cette intervention ; c'est la règle pour lui. Une opinion semblable, une telle méthode ont-elles été admises par les accoucheurs à la suite de Barnes? Et que disent les faits?... C'est ce que nous allons examiner.

Ashwell (1), le premier, indiqua l'accouchement provoqué comme la ressource la plus précieuse quand la tumeur est douloureuse, la respiration embarrassée, le pouls accéléré et irritable, quand les extrémités sont œdématiées et quand les reins et la peau fonctionnent mal.

Treille (2), se basant sur les résultats déplorables qu'a donné l'accouchement provoqué, le considère comme rarement indiqué ; mais, s'appuyant sur les mêmes arguments et les mêmes

(1) Treille. Thèse, p. 66. *Gaz. méd. de Paris*, 1837.
(2) *Loc. cit.*, p. 66.

faits que Barnes, il se prononce pour l'avortement provoqué ; il ne fait guère exception que pour les cas où le kyste est séreux, non adhérent, ne subissant pas un accroissement de volume inquiétant.

Il convient de rechercher si les médecins se sont prononcés aussi catégoriquement que Barnes et Treille.

Une méthode unique de traitement ne pouvait convenir à tous les cas. Si Barnes redoute les accidents graves qui peuvent survenir, il ne tient pas assez compte des cas nombreux où l'accouchement et la grossesse se passent sans qu'il y ait eu trouble, soit pour la mère, soit pour l'enfant ; aussi, tous les auteurs qui ont écrit sur la question ne réservent-ils l'accouchement prématuré provoqué ou l'avortement provoqué que pour des cas bien déterminés. Gros-Fillay (1) recommande l'accouchement prématuré ou bien la ponction dans les cas où les accidents de suffocation sont accompagnés d'une énorme distension de l'abdomen. Pastowsky (2), dans ces cas-là, conseille d'attendre jusqu'au moment où le fœtus est viable. Dunlap (3) s'en déclare partisan. Bruntzel (4) le propose, si l'on ne peut faire l'ovariotomie pour les cas d'œdème, dyspnée intense, rétrécissement du bassin. Mais à mesure que les succès s'obtiennent avec l'ovariotomie pratiquée pendant la grossesse, on voit les auteurs accorder leur préférence à l'ovariotomie dans les cas où le kyste est opérable et lorsqu'il cause de grands malaises. Cousin (5) attend que l'expérience se prononce pour l'une ou l'autre de ces méthodes ; Eustache, Rheinstaedter, Olshausen (6), Hegar et Kaltenbach donnent la préférence à l'ovariotomie dans ces cas, parce que l'accouchement prématuré ne fait souvent que faire retarder de quelques jours l'ovariotomie. En somme, contre ces malaises produits par les gros kystes proliférants, nous remarquons que

(1) *Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire*. (Th. Paris, 1874, p. 90).

(2) *Etude sur l'hydropisie de l'ovaire et de son traitement chirurgical*. (Thèse de Paris, 1867.)

(3) Séance de la Société gynécologique d'Amérique, 13 septembre 1880.

(4) *Breslauer ärztlich Zeitch.*, 1882.

(5) Thèse de Paris, 1877.

(6) *Loc. cit.*, § 69.

les chirurgiens préfèrent, en général, selon les indications, la ponction ou l'ovariotomie, n'admettant l'accouchement prématuré provoqué que pour les cas où la ponction ne réussit pas, et où l'avariotomie ne peut être pratiquée.

Heiberg (1) a discuté très attentivement toutes les propositions de Barnes et cherché à démontrer par des faits et des statistiques que l'accouchement provoqué dans ces conditions de distension extrême, ou dans tous les cas en général, comme le veut Barnes, n'est pas une méthode exempte de dangers ni un procédé donnant de bons résultats d'une façon générale. Il conclut, comme Hegar et Kaltenbach : « que l'interruption artificielle n'exclut aucunement les dangers résultant de l'influence défavorable de l'acte de l'accouchement et de la puerpéralité sur la tumeur même (hémorrhagie intrakystique, suppuration, etc.), et que, d'autre part, l'extirpation de la tumeur devenant malgré tout inévitable plus tard, la malade est exposée en peu de temps à deux épreuves dangereuses (provocation de l'accouchement prématuré et l'ovariotomie). »

Ce que nous venons de dire montre parfaitement combien on est peu favorable actuellement à l'accouchement provoqué, parce qu'il ne rend pas les services qu'on attendait de lui et parce qu'il ne fait que retarder de quelques jours seulement l'ovariotomie.

Nous tenons à faire remarquer que nous n'avons eu en vue jusqu'ici que les cas dans lesquels une tumeur énorme ou d'un développement très rapide produit les malaises que nous avons signalés (douleur, œdème, gêne de la miction, palpitations, dyspnée). Si, pour cette catégorie de tumeurs, les médecins se trouvent peu disposés en faveur de l'interruption de la grossesse par les moyens artificiels, nous verrons que la question n'est plus la même quand il s'agit de tumeurs qui, en obstruant le bassin rendront impossible l'expulsion de l'enfant.

Si nous examinons les faits publiés, nous trouvons une observation de Bruntzel (2) dans laquelle l'accouchement prématuré provoqué fut suivi d'un résultat favorable.

(1) *Loc. cit.*, p. 128.

(2) *Tumeurs ovariques compliquant la grossesse, l'accouchement, la puerpéralité.* (*Breslauer ärztlich Ztch.*. 13, 14, 1882. Schmidts. Jahrbücher, 1883, t. I, page 36.)

Observation VI.

Après le quatrième accouchement, le ventre devint volumineux. Pas de douleurs. Menstruation normale jusqu'en décembre 1880. Puis, cessation des règles. En décembre, douleurs dans le côté droit du bas-ventre. Au huitième mois, on constate une tumeur fluctuante à côté de l'utérus gravide ; cyanose et dyspnée intense. Provocation de l'accouchement prématuré par la ponction des membranes. Fille vivante qui mourut au bout de quelques jours. Puerpéralité normale, pas de dyspnée ni d'œdème. Le ventre resta gros. De juillet 1881 à janvier on fit plusieurs ponctions. En janvier 1882, le développement était énorme, l'utérus en rétroversion ; amaigrissement. Bruntzel fit l'ovariotomie. Guérison au bout de quinze jours.

Hecker obtint aussi dans un cas un bon résultat de l'accouchement provoqué.

Le résultat de la provocation est-il toujours aussi heureux que dans ces cas ? Est-on sûr d'arriver au but désiré, c'est-à-dire obtenir le soulagement des différents malaises, en provoquant le travail quand la grossesse est par trop pénible et trop dangereuse pour qu'on puisse attendre le terme sans aucune intervention ?

Deux ordres de faits peuvent nous être utiles dans cette étude : les cas où l'accouchement s'est produit spontanément et es cas dans lesquels le médecin est intervenu.

Sur 12 observations qui renferment des détails sur l'accouchement prématuré qui s'est déclaré spontanément, nous trouvons que dans 5 cas rien de particulier n'a été noté (cas de Sp. Wells, Stadfeldt, Schultze, Guéniot (1872), Nicolaysen, Parson). Mais, dans les autres, nous ne remarquons pas que le résultat ait été meilleur qu'après un accouchement à terme. Nous y trouvons les mêmes dangers.

Une malade de Ruge (1) qui portait un énorme kyste de l'ovaire, et qui souffrait beaucoup pendant la grossesse, de dyspnée, de palpitations, de dilatation veineuse, accoucha un peu avant terme, après avoir refusé la provocation du travail prématuré, ce qui n'empêcha pas qu'on fit peu après l'ovariotomie sans succès.

L'accouchement prématuré est loin d'être exempt de dangers ;

(1) *Beiträge zur Geburtsh. und Gynäc.*, Bd. II, 131.

nous voyons dans quelques cas survenir après lui les mêmes accidents que ceux qu'on a observés après un accouchement à terme. La malade de Säxinger (1) mourut d'embolie pulmonaire 15 heures après un accouchement prématuré facile à la 30e semaine. La femme avait souffert de douleurs et de gêne de respiration pendant sa grossesse. La malade de Guéniot (2), qui avait souffert de grands malaises, mourut de péritonite suppurée un mois après un accouchement prématuré au 8e mois. John Edwards, vit une femme, accouchée au 7e mois (3) mourir à la suite d'accidents de rupture d'un kyste occasionnée par une rotation du pédicule. Stansbury (4) trouva à l'autopsie d'une femme qui mourut quatre jours après un avortement au 6e mois, une torsion du pédicule et gangrène. Sp. Wells raconte qu'une femme ayant avorté à 6 mois, mourut subitement en se retournant dans son lit, et attribue la mort à la rupture d'un kyste de l'ovaire. Dans une observation de la Maternité, déjà citée, nous voyons de même, mort par péritonite.

Il nous est donc permis de conclure de ces faits, que l'accouchement prématuré comme l'accouchement à terme peut se faire normalement, mais qu'il peut être suivi des mêmes accidents redoutables que celui-ci. On ne peut donc pas répéter avec Barnes que « la nature elle-même résout le problème ».

Il va sans dire que le pronostic est toujours sérieux pour l'enfant.

Quels ont été les résultats de l'accouchement prématuré provoqué (en dehors des cas où la tumeur rétrécit le bassin)? Les cas publiés ne sont pas bien nombreux. Malheureusement, les détails manquent souvent :

Voici ces cas :

Höninger et Jacobi. (*Zeitsch f. Geburstk*, t. XVI, p. 424.) — Kyste avec carcinome. Accouchement prématuré artificiel en raison d'accidents asphyxiques. Mère et enfants morts. Mère meurt le quatrième jour.

Hecker. (*Monatsch. f. Geburstk*, t. VI, p. 98.) Dyspnée intense. Accou-

(1) Thèse inaugurale de Herdegen, Tubingen, 1876, p. 22.
(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1366.
(3) *Lancet*, 1861, vol. II, p. 336.
(4) *Centralb. für Gynäc.*, 1877, p. 167.

chement prématuré artificiel. La mère mourut de péritonite 9 jours après l'accouchement, on trouva qu'une partie de la paroi du kyste égale à un œuf de poule, s'était placée dans le canal crural. Enfant vivant.

Roper. (*Obstetr. trans.*, vol. XIX, p. 195.) — Pas de malaises : accouchement provoqué sur le conseil de Barnes. Mère et enfant vivants. Accoucha plus tard spontanément et à terme.

Heywood Smith. (*Obstetr. trans.*, vol. XIX, p. 195.) — Très grande tumeur. Accouchement prématuré. Mère vit, l'enfant ne vécut que 2 jours.

Murray. (*Lancet*, 1866, vol. II, p. 524.) — Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Accouchement provoqué à la fin du huitième mois. Mère et enfant vivants.

Säxinger. (*Herdegen : Dissert. Tubingen*, 1876.) — Oppression et grande tension provoquées par un grand cystome. Accouchement provoqué à la trente-quatrième semaine. Enfant vivant. Meurt le vingtième jour de rupture du kyste.

Tracy. (*The Lancet*, vol. II, p. 58.) — Etat grave et pressant. Mère vit ; enfant, sort inconnu.

John Williams. (*Lancet*, 1878, vol. I, p. 381.) — Kyste. Le ventre s'accroît rapidement ; on provoque l'avortement à 6 mois. L'accroissement de la tumeur continue après l'expulsion ; 1 mois après, ponction. Enfant non viable.

Hartmann. *Monatsch. f. Geburtsk*, t. XXXIII, 1869, p. 196). — Kyste fluctuant. Dyspnée extrême. OEdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. On provoque l'accouchement dans la trente-septième semaine. Pas de changement du côté de la respiration ; 9 jours après, on doit faire la ponction. Mère vit. L'enfant vécut 48 heures.

Bruntzel (cité plus haut).

Müller. *Th. de Munich*, 1881.) — Beaucoup d'incommodités pendant la grossesse au neuvième mois. Circonférence : 114 cm. Provocation de l'accouchement prématuré. Accouchement normal d'un enfant vivant. 12 jours après ovariotomie (Nussbaum).

Ces 11 observations nous donnent comme résultat :

Pour la mère : 3 morts.
8 survies.

Pour l'enfant : 5 qui ne vivent pas.
5 survies.
1 inconnu.

On ne nous donne pas assez de détails dans les observations. Sur les 3 morts, une fois elle survint au 4e jour, une fois par un

phénomène excessivement rare (étranglement d'une partie du kyste) (Hecker), et la troisième fois le 20e jour, à la suite d'une rupture du kyste.

L'inutilité de l'opération chez la malade de Roper fut démontrée par ce fait qu'elle accoucha à terme et spontanément à la grossesse suivante.

La malade de Hartmann n'éprouva pas d'amélioration et dut être ponctionnée le 9e jour.

La malade de Säxinger mourut, pendant la puerpéralité, de rupture du kyste.

On peut encore se demander avec Heiberg si la déplétion de l'utérus produira toujours une détente du côté de l'abdomen. Certains cas, comme ceux de John Williams, semblent démontrer qu'il n'en est pas ainsi. Même la déplétion d'un utérus à terme peut ne pas produire de diminution sensible de la tension abdominale. Des observations de Cahen et Scott, Bantock, Keith montrent que l'abdomen n'avait pas changé après des accouchements à terme.

Maintenant, il nous est permis de conclure que de l'avis de la majorité des médecins, l'accouchement prématuré provoqué ne trouvera son indication que rarement dans le cours de la grossesse compliquée de kyste ovarique siégeant dans la cavité abdominale, que la préférence doit être accordée à d'autres opérations et que, d'ailleurs, les cas publiés où l'accouchement prématuré se fit spontanément ne semblent pas favorables, parce qu'on le voit, aussi bien que l'accouchement à terme, suivi parfois d'accidents graves, et que les cas publiés dans lesquels on provoqua le travail avant terme ne démontrent pas qu'il ait rendu les services qu'on attendait de lui.

Nous aurons à voir plus loin son action comparée à celle de la ponction et de l'ovariotomie.

Ponction du kyste. — La ponction a été bien des fois pratiquée pendant la grossesse. Elle compte de très nombreux partisans qui pensent, au moyen de cette opération, écarter les accidents et permettre à la grossesse d'aller jusqu'à son terme normal. Mais certains chirurgiens ont tenté de faire rejeter d'une façon

à peu près absolue la ponction. D'après eux, elle ne devrait, pas plus pendant la grossesse qu'en autre temps, être pratiquée.

Si nous consultons les auteurs qui ont parlé de ce traitement pendant la grossesse, nous trouvons que ceux qui la recommandent sont nombreux. M. Stoltz estime qu'elle ne porte pas un trouble grave dans l'organisme; il la conseille ainsi que Doumairon (1) et Treille. Leblond s'en montre partisan pendant la grossesse; Eustache (2) recommande de la répéter autant de fois qu'elle sera nécessaire, parce qu'elle n'entrave pas la grossesse, à moins qu'elle soit accompagnée d'accidents qui peuvent en compromettre le cours. Rheinstædter (3) attend d'elle de bons résultats quand il y a des signes de compression, et quand il est nécessaire de relever les forces de la patiente. Nous la trouvons encore recommandée par M. Duplay (4) contre les kystes uniloculaires ou pauciloculaires, parce que dans ces cas elle peut diminuer les accidents et peut permettre à la femme d'aller jusqu'au terme; et par M. Polaillon (5), qui la considère comme bénigne. Contre les grands malaises causés par la surdistension abdominale, nous voyons encore la ponction recommandée par Heger et Kaltenbach (6), Olshausen, Sp. Wells.

Olshausen (7) dit « que la ponction sera pratiquée chez une femme arrivée à une période avancée de la grossesse ou chez une parturiente, dans les cas où une dyspnée intense demande à être traitée. On emploiera ce mode de traitement quand, la fluctuation étant évidente, le cas se montrera favorable à la ponction, surtout dans les cas de grosses tumeurs d'apparence uniloculaire, dont l'existence déjà longue rend probable la nature parovarique du kyste ou d'un kyste ovarique simple; mais même pour les kystes proliférants, quand certaines circonstances rendent impossible l'ovariotomie au moment voulu, et quand le manque d'espace est considérable ». Sp. Wells s'en montre aussi

(1) Thèse de Strasbourg, 1868.
(2) *Archives de tocologie*, 1880.
(3) *Berlin. klin. Woch.*, 1875, p. 307.
(4) *Archives de médecine*, janvier 1879.
(5) Société de chirurgie, séance du 12 août 1885.
(6) *Die operative Gynäkologie*, 2e Aufl., p. 218, et trad. française du Dr Bar.
(7) *Loc. cit.*, § 68 et 69.

un partisan convaincu, car il dit dans la quatrième conclusion de son chapitre de l'*ovariotomie pendant la grossese* (1) : « La ponction d'un kyste ovarique ne paraît pas être plus dangereuse pendant la grossesse qu'à tout autre moment. Quand il s'agit d'un kyste unique, volumineux, on peut, par ce moyen, procurer un soulagement immédiat, et permettre à la gestation d'atteindre le terme normal. La mère ne court aucun risque, pourvu qu'on prenne les précautions nécessaires pour empêcher le liquide ovarien de pénétrer dans la cavité péritonéale, et pour éviter que l'air chargé de germes organiques ne s'introduise dans le kyste ou dans l'abdomen. Dans les cas de kystes multiloculaires, la ponction est le plus souvent inutile. »

D'autres parlent de la ponction avec une plus grande réserve. Cohnstein (2) redoute surtout les ponctions répétées qui agissent d'une façon défavorable pour la grossesse, et sont un danger pour la mère et l'enfant, tandis que la ponction simple n'est pas plus dangereuse pendant la grossesse qu'en un autre temps. Wilson (3) rejette aussi les ponctions répétées, et Heiberg (4) considère la ponction comme un traitement palliatif, qui, à cause des dangers qu'il peut amener, doit être borné aux seuls cas où l'extirpation du kyste est contr'indiquée ; c'est surtout, d'après lui, dans les derniers mois que la ponction sera employée et quelquefois comme moyen de diagnostic.

Mais il y a des médecins qui se refusent absolument à pratiquer la ponction toutes les fois qu'un autre traitement peut être employé. Howitz (5) n'a ponctionné aucun kyste dans ces dernières années, sauf dans les cas où cela était indispensable pour le diagnostic et ceux où l'ovariotomie était impossible. Veit (6) la considère comme cause d'avortement en outre des autres accidents qu'elle peut entraîner. Thornton lui préfère l'ovariotomie dans tous les cas où cela est possible.

(1) *Diagnostic et traitement chirurgical des tumeurs abdominales.* (Traduction de Keser, p. 225.)

(2) *Sammlung klin. Vorträge : Gynäcologie*, p. 488.

(3) *Loc. cit.*

(4) *Loc. cit.*, p. 141.

(5) Heiberg. *Loc. cit.*, 135.

(6) *Berlin klinische Wochenschrift*, 1876, p. 737.

On a reproché à la ponction d'occasionner des accidents comme la péritonite, la suppuration du kyste, et d'autres plus rares, comme l'hémorrhagie du kyste, la torsion du pédicule, des adhérences, l'affaiblissement de la femme. C'est par crainte de ces accidents et de l'expulsion prématurée du produit de conception que quelques chirurgiens se sont prononcés contre la ponction. On peut encore ajouter à ces accidents le danger de ponctionner en même temps l'utérus pendant le cours de la gestation, comme cela semble être arrivé.

On pourrait citer de nombreuses observations qui démontrent que la ponction a été répétée un grand nombre de fois sans danger (Émery (6), Maunoir (7), Cauchois, Brusch).

On ne peut nier que tous ces accidents ne se soient produits après la ponction, mais il faut aussi faire remarquer que la ponction n'a pas toujours été pratiquée de la même manière par tous les médecins. Autrefois on la faisait sans précautions antiseptiques, tandis que maintenant elle bénéficie des résultats heureux de l'antisepsie. Quant aux dangers ultérieurs des adhérences, Sp. Wells (1) ne craint pas de dire « que l'examen des cas les plus récents a achevé de le convaincre que la ponction n'influe pas sensiblement sur les résultats de l'ovariotomie. »

Quant au danger de l'interruption de la grossesse, il est réel, mais est-il bien supérieur au danger d'avortement ou d'accouchement prématuré que crée le volume considérable du kyste lorsqu'il comprime et déplace l'utérus et trouble les principales fonctions de l'organisme. Pour juger absolument de la valeur d'une opération, il faudrait réunir des observations dans lesquelles l'opération a été faite toujours dans les mêmes conditions, avec les mêmes précautions et tirer de la réunion de ces cas des résultats comparables : des accidents graves, mortels, sont signalés sans détails suffisants, tandis que d'autres observations plus minutieusement recueillies donnent tous les détails sur les faits qui ont nécessité l'intervention, sur les conditions, les circonstances qui ont fait préférer tel mode de traitement à tel autre : aussi je préfère de beaucoup l'opinion d'un homme

(1) Traduction de Keser, p. 82.

de l'expérience de Sp. Wells, qui conclut à l'emploi de la ponction, en basant son jugement sur ses propres faits ; je préfère cette opinion, dis-je, aux résultats qui découleront d'une statistique faite avec des cas isolés.

Voici les résultats statistiques que j'ai trouvé publiés :

Jetter, sur 6 cas de ponctions, 6 succès.

Cohnstein (1) trouve l'interruption de la grossesse de trois à huit jours après la ponction, s'élevant à 18,1 p. 100.

Heiberg (2), sur 50 cas qu'il a réunis, trouve que :

Dans la moitié des cas le résultat a été heureux et pour la mère et pour l'enfant.

Dans la seconde moitié des cas, ou bien la grossesse a été interrompue, ou bien on a employé un traitement différent après la ponction.

Sur 31 cas qu'il a réunis dans son tableau III, il trouve :

Mortalité pour les mères.....	22,5 p. 100.
— — les enfants.....	37,5 —

Et quand il n'y a eu que la ponction :

Interruption de la grossesse...	28 p. 100.

Il nous semble que des cas comme ceux d'Atlee (ponction de l'utérus), de Nicolaysen (il ne vient que du sang), sont faits pour augmenter les chiffres de mortalité, alors que la ponction de l'utérus nous semble avoir été un fait bien rare, tandis que dans cette statistique ces deux cas forment un contingent de 6,4 p. 100, ce qui, dans les circonstances moins extraordinaires, ne donnerait plus que 22,5 — 6,4 = 16,1 p. 100.

J'ai essayé aussi d'établir une statistique avec les cas publiés un peu partout et avec ceux d'Heiberg, en ayant soin de ne rapporter à la ponction que ce qui lui était attribuable.

J'ai trouvé que :

59 femmes ont été ponctionnées....	95 fois.
2 — — —	plusieurs fois.

(1) *Loc. cit.*, p. 488.
(2) *Loc. cit.*, p. 139.

Les résultats furent :

7 fois, suppuration du kyste.
1 fois, péritonite.
8 fois le travail se déclara de un à dix jours après.
5 femmes moururent (en plus une ovariotomie avec insuccès).

Causes de la mort :

(Atlee). — L'utérus semble avoir été ponctionné.
(Hecker). — Le liquide était purulent avant l'opération.
(Atlee). — Suppuration, septicémie.
(Herrgott). — Suppuration, péritonite.
(Velpeau). — Accidents formidables (?)

Donc : Déclaration du travail 1/13 environ ou 7,69 p. 100.

Suppuration.....	1/13	—	7,69	—
Mort.....	1/9	—	11	—

Des chiffres semblables me semblent trop forts, puisque je n'ai déjà pas pu comprendre dans mes calculs les deux observations où il est indiqué que *plusieurs* ponctions ont été pratiquées (une fois avec, une fois sans accident).

Si nous ne savons pas la proportion exacte de la fréquence de chacun des accidents, nous devons nous rappeler qu'ils peuvent survenir et que peut-être l'influence de la grossesse sur le traumatisme est pour quelque chose dans l'apparition de certains dangers. Il sera donc indispensable de s'entourer de toutes les précautions possibles lorsqu'on exécutera cette opération pendant la gravidité. Il y a des dangers nouveaux à encourir, il faut en être prévenu pour les éviter. Je ne devrai donc point m'étendre sur la nécessité de l'emploi de l'antisepsie la plus rigoureuse, sur les précautions à prendre pour éviter l'écoulement du liquide kystique dans la cavité péritonéale, la pénétration de l'air dans le kyste ou dans la cavité de la séreuse ; ces précautions doivent être toujours employées aussi bien en dehors de l'état gravidique que pendant la grossesse. Mais c'est surtout au sujet du point où devra se faire la ponction qu'il sera urgent de rechercher avec la plus scrupuleuse attention à quel endroit

se trouve l'utérus, où se trouve manifestement la fluctuation du kyste. Quand l'utérus est incliné d'un côté, c'est de l'autre côté qu'il faut pratiquer la ponction. On ne peut déterminer à l'avance un point sur lequel on pratiquerait toujours l'opération. Tout est variable selon les indications : les observations nous démontrent qu'il faut toujours ponctionner au point où la fluctuation semble nette, et où on n'aura pas à redouter de blesser un organe important.

Les observations publiées nous démontrent encore que la ponction a été pratiquée aussi pour des kystes multiloculaires ; la ponction d'une grande loge a souvent donné une réduction de volume de l'abdomen et produit une détente. Cela réussit surtout pour les kystes pauciloculaires ; mais, dans les cas de loges nombreuses et petites, la ponction a été et sera, comme on le comprend, tentée à peu près inutilement.

M. Pinard, professeur agrégé, a bien voulu nous communiquer l'observation suivante d'une femme qui est entrée, en 1883, dans son service à Lariboisière :

Observation XVII.

(Recueillie par Boissard, interne du service.)

La nommée Foret, âgée de 29 ans, couturière, est entrée, le 19 janvier 1883, salle Sainte-Anne, placée au lit n° 27.

Elle est née en Belgique, habite Paris depuis un an. Toujours bien portante, pas de syphilis. Réglée à 14 ans. Bien menstruée depuis ce temps, mariée à 16 ans. Première grossesse il y a trois ans. Accouchement facile. La malade est devenue enceinte une seconde fois et a fait, au mois d'août 1882, une fausse couche à 6 mois 1/2. A cette époque, elle travaillait huit à neuf heures par jour à la machine à coudre.

La malade a revu ensuite ses règles jusqu'au mois d'août dernier (du 20 au 25). Depuis sa dernière grossesse, la malade a toujours gardé un assez gros ventre. Il y a peu d'épaisseur de la paroi abdominale.

N.-B. — Après l'accouchement, la sage-femme, trouvant encore quelque chose, avait cru à la présence d'un second enfant.

A dater du mois d'août 1882, apparaissent petit à petit les symptômes d'une troisième grossesse. Se trouvant trop fatiguée, la malade a cessé tout travail à dater du mois de septembre.

Il y a quinze jours, la malade a ressenti des douleurs dans le ventre

du côté gauche, accusées surtout pendant la marche et empêchant le sommeil.

Puis sont survenus des vomissements très fréquents depuis hier 18 janvier.

Etat actuel. — 19 janvier. Malade pâle, affaiblie, yeux cernés. Les seins, gonflés et distendus donnent du colostrum par la pression. Aréole brunâtre, tubercules de Montgomery bien développés.

Ventre très distendu et irrégulier, plus développé que dans la grossesse à terme, proéminant et élargi surtout du côté du flanc droit, où l'on obtient une résistance spéciale.

Le choc digital fait percevoir la sensation de flot exclusivement à la portion inférieure du côté gauche.

Utérus. — Il est difficile de déterminer sa situation en raison de la tension de l'abdomen.

Perception de ballottement dans le flanc droit, on ne sent pas la tête dans l'excavation. Il est difficile de déterminer la situation du fœtus. Dans le flanc droit on sent, à la partie supérieure, une partie fœtale qui donne la sensation du ballottement, et, à la partie postérieure, une partie solide qui paraît se continuer avec la première.

Col ramolli, entr'ouvert, pas d'effacement.

Auscultation. — Bruits du cœur entendus éloignés, au niveau de l'ombilic du côté droit. La femme serait enceinte de 5 mois 1/2.

23 janvier. Le ventre est toujours irrégulièrement développé, permettant de circonscrire une masse occupant tout le flanc droit.

A gauche, on sent une tumeur plus volumineuse donnant à la percussion une sensation de flot qui ne se transmet point à la tumeur du flanc droit. Cette dernière est nettement constituée par l'utérus grandi et dévié, on y perçoit très distinctement la sensation de ballottement et on y entend les bruits du cœur du fœtus. On a constaté une contraction de cette portion de la tumeur et y restant bien limitée.

Mesure de la circonférence abdominale dans sa plus grande dimension, 105 cent.

Sa deuxième masse, beaucoup plus volumineuse, occupant tout le flanc gauche et l'hypogastre, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic, empiétant sur la ligne médiane, est constituée par une partie liquide et par des parties solides qui siègent directement dans l'hypogastre et également à la partie inférieure dans le flanc gauche.

Le 24. Une ponction est pratiquée par M. le professeur Duplay. Elle donne issue à un liquide séro-sanguinolent (4 litres).

Mesure de l'abdomen, après, 87 cent.; T. matin, 38°,6; soir, 39°,2; P. 160.

Le 25. T., matin, 37°,8 ; P., 120 ; soir, T., 37°,8 ; P., 120.

On sent du frottement à la palpation.

Le 26. T., 37; P., 120.

Le 27. L'épanchement se reproduit.

La malade ne prend que du lait, a des nausées. Potion de Rivière.

Elle se remet les jours suivants et se porte assez bien jusqu'au 6 février.

Dans la nuit du 6 au 7, la malade est prise de douleurs d'accouchement, et entre en travail à 11 heures. Travail régulier. Accouchement spontané, à 3 heures, d'un fœtus de 6 mois 1/2 dont la mort peut remonter à deux ou trois jours.

Délivrance normale. Etat général satisfaisant.

8 février. Le ventre prend une forme régulière. On sent, à droite, un peu caché par la masse kystique qui siège toujours à gauche et remonte jusqu'à quatre travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Il semble que la ponction a déterminé quelques phénomènes de péritonite qui, heureusement, ont cédé : l'accouchement prématuré s'est déclaré neuf jours après la ponction.

Dans nos calculs nous avons compris un fait qui s'est passé sous nos yeux à la clinique de M. le professeur Herrgott. Voici l'observation :

Observation XVIII.

Mme J..., âgée de 33 ans, blonde, d'une taille moyenne, tempérament lymphatique, jouit d'une bonne santé habituelle.

Elle accoucha, il y a six ans, facilement et se rétablit rapidement. L'enfant mourut à l'âge de trois semaines.

Il y a trois ans, elle accoucha une seconde fois d'une fille, en présentation du crâne : le travail avait duré neuf heures au premier accouchement ; cette fois, il ne dura que trois heures. L'enfant vit, a été nourrie par sa mère.

Réglée à 15 ans ; le fut à peu près régulièrement depuis, cinq à huit jours par mois.

Cette femme entre à la Maternité de Nancy le 19 avril 1882.

Réglée pour la dernière fois vers la fin d'août 1881, depuis le mois de février précédent, elle avait remarqué le développement rapide de son ventre et au mois de juin, après quelques douleurs, elle se crut enceinte ; ces douleurs étaient causées par des accidents de constipation.

Au mois d'octobre 1881, c'est à dire au second mois de grossesse, elle eut de grands malaises (vomissements, douleurs abdominales, oppressions, diarrhée). Au commencement de décembre, un médecin de Rambervillers diagnostiqua un kyste de l'ovaire qu'il ponctionna (8 à 10 litres de liquide jaunâtre, gélatineux, ponction au côté gauche). L'abdomen s'affaissa, mais

quinze jours après, il avait le même développement qu'avant la ponction.

Elle alla d'abord mieux, puis, en janvier 1882, fut reprise de nouvelles douleurs abdominales. Amaigrissement. Elle consulta un autre médecin qui confirma le diagnostic de kyste ovarique. Elle vint consulter à la Maternité, au mois de mars, on reconnaît le kyste de l'ovaire gauche et le ramollissement du col fait soupçonner l'existence d'une grossesse, à droite du kyste on croit reconnaître une tumeur formée par l'utérus gravide.

A son entrée, le 19 avril, la grossesse ne peut plus faire de doute : à ce moment, on constate un amaigrissement général ; le ventre a une circonférence de 108 centimètres. Il est résistant, tendu, fluctuant dans tout son ensemble. L'utérus est incliné à droite, fœtus très mobile, la tête plonge dans l'excavation. Col ramolli.

Pas d'œdème, ni varices. Appétit, mais digestions pénibles. Quelques jours après son entrée, elle éprouve des maux de reins et douleurs abdominales. En raison de l'oppression extrême, et du commencement de travail, on fit une ponction à gauche et au-dessous de l'ombilic, qui donna issue à 3 litres d'un liquide un peu visqueux, chocolaté. Malgré ce traitement, le travail qui avait semblé vouloir se produire, se fit vers le soir. Accouchement facile, assez rapide. L'enfant est vivant. La délivrance fut normale dix minutes après. Pas d'hémorrhagie.

La déplétion du ventre, causée par l'accouchement, permet de reconnaître plusieurs bosselures à la partie inférieure. L'enfant, pesant 1470 grammes, présente les signes de la non-maturité.

Au bout de deux ou trois jours, des tranchées apparaissent, ainsi que des selles diarrhéiques ; peu à peu survint une sensibilité vive dans le flanc droit, la température un peu fébrile, atteignit quelquefois 39°. Vers le 20e jour de couches, une rougeur erysipélateuse se montra à la paroi abdominale avec un certain degré d'œdème. Les jambes s'infiltrèrent. La rougeur s'étendit principalement sur tout le côté gauche de l'abdomen ; petits frissons, l'état général s'aggrava de plus en plus, des vomissements bilieux se montrèrent. Une ponction du kyste donna issue à environ 8 litres d'un liquide gris-noirâtre avec gaz d'hydrogène sulfuré. L'état étant excessivement grave, la femme mourut le 24 mai, un mois après l'accouchement.

A l'autopsie, on trouva des adhérences générales du kyste à toute la paroi abdominale, des adhérences faciles à détacher avec les intestins, plus fortes avec l'épiploon. Le kyste était multiloculaire, l'épaisseur des parois est de 5 ou 6 millimètres. Le contenu est purulent, fétide. L'utérus ne mesure plus que 7 millim. 1/2. Il était renversé et maintenu par des adhérences récentes ; péritonite.

Cette observation est intéressante, surtout par ce fait que la ponction a été la cause, selon toute probabilité, d'une suppuration du kyste qui ne s'est révélée que tardivement. Elle nous

présente encore un cas de travail prématuré produit par la compression exercée sur l'utérus par l'énorme kyste.

Je ne parlerai pas de la ponction avec drainage, parce que ce moyen ne trouvera plus que de très rares indications, depuis les progrès de l'ovariotomie. On trouve cependant un exemple, où ce mode de traitement fut employé : ce fut par Hein (1) qui ayant ponctionné sans succès par paroi abdominale un kyste dermoïde qui s'avançait dans le bassin, mit un drain, laissa suppurer le kyste. L'accouchement fut heureux et la femme accoucha encore naturellement depuis. Heiberg est disposé à admettre ce mode opératoire quand l'ovariotomie ne peut débarrasser la femme d'un kyste qui fera obstacle à l'accouchement. Il faudrait beaucoup d'observations pour pouvoir juger de l'influence que peut avoir ce procédé opératoire employé dans de telles conditions.

Ovariotomie pendant la grossesse. — L'ovariotomie n'a tout d'abord été exécutée pendant la grossesse, que par suite d'erreurs de diagnostic. C'est de cette manière qu'ont opéré Sp. Wells, Marion Sims, Atlee, Pollock, Mason et plusieurs autres. Les résultats obtenus ne manquèrent pas d'attirer l'attention sur cette opération qui pouvait devenir une ressource dans certains cas. Il est vrai que l'idée première de cette opération pendant la grossesse revient à Merriman qui, en 1817, avait déjà proposé l'ablation des tumeurs ovariques, dans le cas où les autres moyens seraient impuissants à lever l'obstacle. Mais cette proposition n'aurait peut-être pas été de longtemps mise en exécution, si l'expérience acquise involontairement n'avait démontré que l'opération suivie de succès est une chose possible.

Jacquemier (2) dans les cas d'accouchements impossibles, dit qu'il ne reste plus que l'opération césarienne ou l'extirpation de la tumeur « opérations probablement aussi funestes l'une que l'autre pour la mère ».

Burd semble avoir fait la première ovariotomie pendant la

(1) *Berlin Beitr. zur Geburtsh und Gynæk.*, Bd. I, 1872, p. 95.
(2) *Accouchements*, tome II, p. 165 et suiv.

grossesse, le 15 septembre 1846, sans avoir diagnostiqué que la femme était enceinte. Celle-ci avorta deux jours après l'opération.

Le 13 novembre 1850, Atlee a exécuté une ovariotomie dans les premiers mois de la gestation, en raison d'indications urgentes. Il avait soupçonné l'état de gravidité; la femme était épuisée par 16 ponctions; l'ovariotomie semblait la seule chance de salut. Des vomissements incoercibles l'emportèrent au bout d'un mois. La grossesse n'avait pas été interrompue. Ce serait ensuite Wilson, cité par Cohnstein, qui en 1850, aurait pratiqué la même opération.

Marion Sims semble être le premier chirurgien qui ait fait une ovariotomie avec résultat heureux pendant la grossesse. Il ne s'aperçut de l'état de gestation que pendant l'opération, qui n'interrompit point le cours de la grossesse. Puis ce furent en 1862 Pollock, en 1865 Sp. Wells, qui opérèrent dans des circonstances analogues, mais prenant l'utérus pour un kyste, ils le ponctionnèrent. La malade de Pollock mourut, tandis que celle de Sp. Wells fut sauvée par l'opération césarienne. En 1865, Withusen, Sp. Wells font encore cette opération, cette fois, pour Sp. Wells, après un diagnostic exact, parce qu'un kyste s'était rompu. Le succès couronna cette tentative. Depuis cette époque, un grand nombre de chirurgiens ont publié des observations. On peut dire que c'est Spencer Wells qui a soutenu les droits de cette opération, car déjà en 1869, à la Société obstétricale de Londres, il en montra l'utilité dans les cas de rupture du kyste pendant la grossesse; et pour son compte personnel il l'a pratiquée 11 fois.

En juillet 1877, il présentait déjà un tableau de 9 cas, qui lui avaient donné 8 mères vivantes et 5 enfants sauvés. En Allemagne, ce fut Schrœder, qui se déclara le défenseur de l'ovariotomie pendant la gravidité. Depuis mai 1876, il a exécuté 7 ovariotomies suivies du chiffre remarquable de 7 guérisons pour la mère, 4 enfants furent sauvés. En 1879, Schrœder (1) publia les résultats de ses 7 premières opérations. Dans une communication

(1) *Zeitsch. f. Geburhk und Gyn.*, Bd V, 2e cah., p. 384.

toute récente, Stratz (1) a donné à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin les résultats des faits qui se sont présentés à la clinique de Schrœder depuis le 1er avril 1876 jusqu'au 1er janvier 1885. Ce chirurgien (2) d'ailleurs n'a pas craint d'aller jusqu'à extirper des fibromes de la paroi même de l'utérus gravide.

Après ces deux chirurgiens, plusieurs autres eurent l'occasion d'exécuter deux fois l'ovariotomie, Péan, Baum, Pippingkjold, etc. En la pratiquant surtout avec grossesse méconnue, on s'expose à blesser l'utérus ; c'est ce qui est arrivé un certain nombre de fois ; les uns suturèrent, Pollock, E. Mason, Chiara et probablement Lee (2 mères vivantes pour 2 mères mortes); d'autres firent l'opération césarienne : sur 6 opérations, 6 succès.

L'opération depuis ces dix dernières années, semble à l'étranger trouver un nombre de plus en plus grand de partisans.

Nous voyons la Société obstétricale d'Amérique, en 1880, se prononcer en faveur de cette intervention, après la discussion qui suivit la communication de Wilson (3). Olshausen en établit les indications dans son chapitre déjà cité; nous trouvons encore parmi ceux qui étudient ses indications : Howitz (2), Reinstædter (5), Nolting et surtout Heiberg, dans son excellente thèse, Galabin (6) qui la recommande surtout dans les quatre premiers mois parce que l'utérus est plus tolérant.

(1) Séance du 22 janvier 1886. (*Cent. f. Gyn.*, 1886, p. 141; *Amer. journ.* 1885; *Ann. de gyn.*, XXV, p. 395.

Voici ce que nous écrivaient ces jours derniers le docteur Stratz, assistant du professeur Schrœder, de Berlin, auquel nous nous sommes adressé pour avoir des renseignements exacts sur cette communication. « M. le professeur Schrœder vient d'achever sa 15e ovariotomie faite dans le 6e mois de grossesse, il y a 8 jours; l'opérée se porte très bien et il n'y a guère crainte d'un avortement. Les 14 opérations ont donné un très bon résultat : 14 mètres ont subi l'opération sans qu'une seule en mourut, et 13 enfants, dont l'un était du 8e mois, naquirent vivants (*a*). » Schrœder est donc le chirurgien qui a fait le plus d'ovariotomie pendant la grossesse.

(2) *Ann. de Gyn.*, t. XXIV, p. 228.

(3) *N.-Y. med. Record.*, 1880.

(4) *Gyn. und obstetr. Mittheilungen*, Bd. I, Hft. 1. — *Centr. für Gyn.*, 1877, p. 238.

(5) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1875, p. 303.

(6) *British med. Journ.*, 1880.

(*a*) Le mémoire de Stratz sera sous peu dans le XII Bd de la *Zeitschrift für Gynæc.*, Hett 11.

En France on n'opéra pas d'aussi bonne heure. Cependant cette question n'y fut pas négligée. On en discuta les indications.

Nous voyons cette question de l'ovariotomie pendant la grossesse effleurée dans une thèse de Strasbourg en 1868 (1), dans laquelle Pingaud l'admet dans les cas urgents, mais après provocation artificielle de l'avortement. En 1864, Rafael Herrera Vegas (2), considère la grossesse comme une contre-indication. En 1867, Planté (3) et Pastowsky (4) pensent de même. Doumairon (5) pense que l'indication peut en être posée, quand des accidents menacent la gestation, quand des accidents graves et la mort sont à craindre. En 1873, Treille (6) combat l'opinion émise à la Société de chirurgie, que l'opération entraîne toujours l'avortement, et tend à se prononcer pour l'opération pratiquée dans les premiers mois. Pour Gros-Fillay (7) en 1874, il faut un cas tout à fait grave pour autoriser l'ovariotomie pendant la gestation. Après lui, Zimbiecki (8) (1875) la croit préférable à l'avortement provoqué pour les tumeurs solides de l'ovaire, et en 1877, Cousin (9) attend de l'expérience la solution de cette question, quand on a constaté un kyste dermoïde compliquant une grossesse. Kœberlé (10) pense que les succès obtenus par Sp. Wells doivent engager à pratiquer l'ovariotomie pour les kystes multiloculaires quand on ne peut recourir à la ponction.

En 1879, M. Duplay (11) conclut « que dans la grossesse comme dans l'état de vacuité de l'utérus, l'ovariotomie est un moyen extrême qui ne doit être employé que lorsque les autres ont

(1) Pingaud. *Indications et contre-indications de l'ovariotomie.* (Thèse de Strasbourg.)

(2) *Etude sur les kystes de l'ovaire et l'ovariotomie.* (Thèse de Paris, 1864.)

(3) *De l'ovariotomie.* (Th. de Paris, 1867.

(4) *Etude sur l'hydropisie enkystée de l'ovaire et son traitement chirurgical.* (Th. de Paris, 1867.)

(5) Thèse de Strasbourg, 1868, p. 73.

(6) Thèse de Paris, 1873.

(7) *Des indications et contre-indications dans le traitement des kystes de l'ovaire.* (Th. de Paris, 1874.)

(8) *Essai clinique sur les tumeurs solides de l'ovaire.* (Th. de Paris, 1875.)

(9) *Du développement des tumeurs de l'ovaire, en particulier des kystes dermoïdes.* (Th. Paris, 1877.)

(10) *Dictionnaire de Jaccoud*, art. Kyste ovarique, tome XXV, p. 593.

(11) *Archives de médecine*, janvier 1879, et *Annales de gynécol.*, t. XI, p. 208.

échoué ou sont inapplicables et lorsque l'opération est réclamée par l'apparition d'accidents imminents. » De même M. Eustache (1) l'admet aussi pour les cas de danger imminent, les ruptures des kystes et pour les gros kystes multiloculaires quand la ponction ne réussit pas. En 1880, Péan (2) a étudié cette question dans un mémoire où il rapporte ses opérations. Il admet l'ovariotomie chaque fois que l'indication se présente (accidents, malaises sérieux, kystes).

Larrivé (3) publie un cas d'ovariotomie pratiquée par Laroyenne pendant la grossesse, et appuie son opinion favorable à cette opération sur les résultats heureux qui ont déjà été obtenus. En 1883, le Dr Cayla a réuni 36 cas d'ovariotomies publiées presque tous à l'étranger ; l'étude de ces faits, l'a déterminé à proposer ces conclusions :

1° L'ovariotomie peut être pratiquée pendant la grossesse, sans que celle-ci soit interrompue ;

2° Elle sera proposée toutes les fois qu'il s'agira d'un kyste à développement rapide, d'un kyste multiloculaire, d'un kyste contenant des matières colloïdes, ou d'un kyste dermoïde, alors que la grossesse ou l'accouchement semblent devoir être entravés par sa présence ;

3° L'ovariotomie sera pratiquée chaque fois que des accidents graves d'inflammation, de suppuration, de rupture du kyste, de torsion du pédicule, de péritonite surviendront soit à la suite d'une ponction, soit spontanément. Elle sera pratiquée de bonne heure, du deuxième au quatrième mois autant que possible.

Tourmente (4) après lui rapporte 4 nouvelles observations, et conclut simplement que la grossesse n'est pas une contre-indication à l'ablation de certaines tumeurs abdominales.

En 1885, M. Polaillon (5), à la Société de chirurgie accepta les conclusions du Dr Cauchois, de Rouen, qui sont les suivantes :

(1) *Archives de tocologie*, 1881, p. 37.
(2) *Gaz. méd. de Paris*, 1880.
(3) *Lyon medical*, 1883.
(4) *Contribution à l'étude de l'influence du traumat. utérin et péri-utérin sur la marche de la grossesse.* (Thèse de Paris, 1883.)
(5) 12 août 1885.

« Pendant les trois derniers mois de la grossesse, certaines conditions locales ou générales d'un pronostic sérieux, telles que commencement de suppuration du kyste, affaiblissement notable de la malade, etc., devront engager de recourir à l'ovariotomie qu'on fera de préférence vers la fin du huitième mois ou le commencement du neuvième mois, pour que l'enfant ait le plus de chance de vie possible dans le cas où l'accouchement serait provoqué prématurément par l'opération.

« Mais si le liquide se produit rapidement, si le kyste suppure, si en somme les conditions faites par le développement de la tumeur compromettent la vie de la mère ou celle du fœtus, il faut pratiquer sans délai l'ovariotomie. »

Sur 81 observations d'ovariotomies, nous n'en trouvons que 4 appartenant à des chirurgiens français, ce qui démontre que cette opération n'a pas été de suite admise en France où on la considéra d'abord comme tout à fait contre-indiquée pendant la gestation. En présence des résultats heureux qui ont été publiés on l'admit d'abord pour les cas de danger absolu, enfin actuellement on pourrait résumer en disant qu'on qu'on lui reconnaît deux sortes d'indications : les indications absolues pour les dangers pressants (rupture, torsion, etc.) et les indications relatives (échec dans d'autres traitements, accidents plus ou moins éloignés).

Cette question de l'ovariotomie pendant la grossesse et aussi pendant la puerpéralité rentre d'ailleurs dans cette question si pleine d'intérêt des rapports du traumatisme avec la grossesse, soulevée d'abord par Bérard en 1840, puis par Valette (1) de Lyon, si bien étudiée par M. le professeur Verneuil et par Guéniot, discutée à la Société de chirurgie en 1876, traitée dans les thèses de Petit 1870, Cornillon 1872, Massot 1875, Tourmente 1883, dans différents articles (Faucon, Cohnstein, Gaulard, etc.). M. Péan, dans son étude sur l'ablation des tumeurs abdominales considérée dans ses rapports avec la menstruation, la fécondation, l'état de grossesse et l'accouchement estime que le danger est d'autant plus grand pour la grossesse que le traumatisme se rapproche plus de l'organe gestateur.

(1) *De la grossesse considérée comme contre-indication des grandes opérations.*

C'est qu'en effet ici la lésion intéresse la zone génitale, le traumatisme porte sur un territoire qui reçoit le sang de la même source que l'utérus; il y a en outre une relation très intime de l'innervation (1). Il y avait donc lieu de craindre d'une part un effet nuisible du traumatisme sur la grossesse et craindre, d'autre part, que le succès de l'opération soit compromis par l'existence de la grossesse avec les modifications si importantes qu'elle détermine tout particulièrement du côté des organes génitaux. Je n'ai pas besoin de rappeler ce développement si extraordinaire de la vascularisation du territoire utérin : c'est un fait connu de tout le monde. Or, ces conditions nouvelles exposaient naturellement les opérées à des hémorrhagies abondantes; l'irritation des nerfs ovariens ne devait-elle pas retentir jusque sur les nerfs de l'organe voisin, et par conséquent entraîner la contraction musculaire. Ne pouvait-on pas redouter l'action du froid sur l'organe utérin mis à découvert? Les complications inflammatoires qui pouvaient survenir ne devaient-elles pas agir à leur tour sur le produit de conception, sur l'irritabilité utérine? L'élévation de la température ne pouvait-elle pas agir à son tour sur la grossesse? Et le travail qui pourra se déclarer prématurément, et la regression physiologique des organes pendant la puerpéralité, ne viendront-ils pas encore aggraver le pronostic. Telles étaient les diverses questions qui se présentaient à l'esprit des chirurgiens. Les résultats déjà si heureux de la chirurgie abdominale avaient encouragé les opérateurs à persévérer dans leurs entreprises hardies. Pour quelques-uns la grossesse ne fut plus une contre-indication, elle devint même une véritable indication d'opérer le kyste de l'ovaire quand survient une grossesse (Thornton). Entre l'abstention complète et l'opinion qui veut que la grossesse soit une indication d'opérer les kystes, il y a des nuances infinies. Il ne faut ni de la précipitation, cette pierre sur laquelle glissaient les anciens médecins, pour me servir de la comparaison de Merriman, ni parti pris contre cette intervention. Des faits existent, encore peu nom-

(1) Il peut même atteindre des annexes très importants, la trompe (Gross, von Wahl).

breux, il est vrai, il ne faut ni leur faire trop dire, ni contester l'enseignement qu'ils renferment.

A l'étranger on s'est beaucoup plus vite qu'en France prononcé en faveur de l'ovariotomie ; nous voyons surtout les chirurgiens anglais, américains, allemands publier des observations en assez grand nombre : Sp. Wells en a fait 11, Schrœder plus de 14. En réunissant ces différentes observations on peut arriver au chiffre de 81 observations pratiquées pendant la gestation et 31 pratiquées dans les trois premiers mois qui ont suivi l'accouchement. Nous essaierons de tirer de ces faits l'enseignement qu'ils comportent. 40 de ces ovariotomies faites pendant la gravidité sont publiées dans deux thèses assez récentes de la Faculté de Paris : la thèse de Cayla 1882 qui en renferme 36 et celle de Tourmente en 1883 qui en public 4. Heiberg (thèse de Copenhague 1881) en a réuni 52 cas dans son tableau V, parmi lesquelles figurent toutes celles qu'ont signalées Cayla et Tourmente à l'exception de 5. En raison de l'intérêt que présente cette question, nous avons pensé qu'il serait utile de les grouper toutes, en les résumant à la fin de ce travail. Il en est quelques-unes de ces tumeurs ovariennes qui ne sont pas des kystes, mais toujours des tumeurs ovariques comme le résultat au point de vue opératoire, et au point de vue de la statistique est le même, nous avons pensé qu'il y avait lieu de les faire figurer dans nos tableaux, en les signalant toutefois.

Ces cas peuvent se diviser en trois classes, et nous suivons en cela à peu près la division de Cayla.

1re *classe.* — Ovariotomies pendant lesquelles l'utérus a été blessé.

2e *classe.* — Ovariotomies suivies de l'interruption du cours de la gestation.

1re *subdivision.* — Suivies de mort de la mère.

2e *subdivision.* — Suivies du rétablissement de la mère.

3e *classe.* — La grossesse va jusqu'au terme et guérison. Nous devons examiner le résultat de ces opérations.

En premier lieu nous devons en retrancher les cas où il y a eu blessure de l'utérus. Nous en avons réuni 10 qui se décomposent ainsi :

4 avec suture (une fois probable, pas d'opération césarienne).

Deux femmes guérissent : l'une alla à terme (Chiara), l'autre avorta (Lee). Deux femmes moururent (Pollock, E. Mason). 6 fois on fit l'opération césarienne. 6 fois guérison.

Quelle différence pour le pronostic entre l'opération césarienne pratiquée accidentellement pendant la grossesse compliquée d'ovariotomie, et l'opération césarienne faite pendant le travail !

En retranchant ces 10 cas des 81, il nous reste 71 sur lesquels 4 manquent de trop de détails importants pour qu'on puisse les comprendre dans une statistique. C'est donc sur les résultats de 67 ovariotomies que nous pourrons nous arrêter.

Ces 67 cas se décomposent de cette façon :

13 cas d'interruption de la grossesse et mort.

22 cas d'interruption de la grossesse et guérison.

32 cas de guérison et accouchement à terme.

Donc *mortalité* pour les mères 13 pour 54 guérisons (1). Donnant le chiffre de 19,4 p. 100.

Tandis que Heiberg avec 46 cas compris dans nos 67 n'arrivait qu'à 15 p. 100 de mortalité.

Pour les enfants le résultat est celui-ci :

30 n'étaient point viables ou bien étaient morts.

31 étaient vivants ou indiqués comme venus au terme (ce qui démontre que l'opération ne les avait point troublés jusqu'au terme).

Ce qui donne donc 50 p. 100 de mortalité, même chiffre que celui de Heiberg.

On pourrait décharger l'opération d'un certain nombre de morts et avortements, ainsi la mère était épuisée avant l'opération, ou bien c'était une rupture du kyste, une torsion, qui nécessitaient l'intervention, ou bien c'était un avortement commencé déjà avant l'opération et qui se faisait après.

En voulant trop décharger l'opération, nous pourrions nous exposer à tomber dans d'autres erreurs, donc conservons les chiffres de :

(1) Si on tient compte des résultats indiqués par Stratz (voir p. 146) la mortalité s'abaisse à 44.5 p. 100.

19,4 p. 100, mortalité maternelle.
50 — des enfants.

Un autre enseignement qu'on peut retirer des chiffres, c'est la connaissance du moment de la grossesse qui présente le plus ou le moins de danger au point de vue de l'opération. Heiberg trouve pour 29 ovariotomies faites dans les cinq premiers mois,

3 mères mortes...	10,4	p. 100 de mortalité.
11 enfants morts...	37,9	— —

tandis que pour 16 ovariotomies, de 5 à 9 mois de grossesse, il trouve :

4 mères mortes..	25	p. 100 de mortalité.
10 enfants sur 15..	66,6	— —

Ces chiffres sont très importants pour le choix du moment, quand il est nécessaire d'opérer pendant la grossesse. Tout semble indiquer que pour la mère et l'enfant, il vaut mieux opérer pendant les cinq premiers mois.

Nous avons fait le même calcul (les cas de Heiberg sont compris dans les nôtres.)

Dans les quatre premiers mois :

Mortalité pour mères.....	11,3 p. 100.
— enfants.....	42,8 —

Dans les cinq premiers mois :

Mortalité pour mères.....	12,5 p. 100.
— enfants.....	42,5 —

Mettons en regard la mortalité des cinq derniers ou des quate derniers mois.

Cinq derniers mois :

(1) Mortalité pour mères.....	16,6 p. 100.
— enfants.....	50 —

Quatre derniers mois :

Mortalité pour mères.....	15,7 —
— enfants....	52,5 —

(1) Ces chiffres ne peuvent être comparés ensemble et non avec les chiffres de la mortalité générale, parce que tous les cas, faute de renseignements suffisants, n'ont pu entrer dans ces calculs.

Ces statistiques démontrent donc qu'il vaut mieux pour la mère et pour l'enfant opérer dans les cinq premiers mois, et même dans les quatre premiers: c'est l'opinion qui avait été émise par Schœder, Spencer Wells, Péan, Galabin.

On pourrait faire des comparaisons de statistiques de divers traitements et de l'expectation et de cette façon on pourrait conclure, trop facilement à la supériorité d'un procédé sur un autre: mais ce ne serait pas de bonne logique.

Mettons un instant des chiffres en regard, d'après Heiberg:

Faits de grossesses compliquées de kystes ovariques dans l'abdomen, où il y avait des malaises indiquant un traitement qui n'a pas été appliqué: *Expectation*:

Mortalité pour mère.	39,2 p. 100	(20 morts sur 51 grossesses)
— enfants.	67 —	

Pour la *Ponction*, il trouvait:

Mortalité pour mères.....	22,5 p. 100.
— enfants.....	37.5 —

Tandis que pour l'*ovariotomie:*

Mortalité pour mères.....	15 —
— enfants.....	50 —

La conclusion serait celle-ci: Ovariotomie de préférence à la ponction et surtout à l'expectation. Nos chiffres étant:

Ponction. Mortalité maternelle.....	11 p. 100.
Ovariotomie. Mortalité maternelle....	19.4 —

La proposition serait renversée. Cela tient à ce fait que Heiberg fait peser sur la ponction des accidents, qui n'en sont que des conséquences très éloignées dont les dangers ne relèvent pas tous de la ponction.

C'est là le faible des statistiques. Elles ont été justement appréciées par M. le professeur Verneuil, lorsqu'il disait au congrès de Genève (1):

« Malheureusement les statistiques dressées jusqu'à ce jour, déjà peu capables de résoudre la question générale de l'influence

(1) *Revue des sc. méd.*, t. X, p. 576.

réciproque du gravidisme et du traumatisme sont plus impuissantes encore à répondre aux questions secondaires. Elles ont ce défaut capital d'être composées de faits épars souvent trop sommaires et sans valeur réelle, colligés enfin avec une idée préconçue. Il faudra les remplacer par des statistiques intégrales, générales et partielles numériquement riches, si c'est possible, impartiales avant tout et comprenant sans omission les faits heureux et malheureux. Le nombre des observations actuellement connues est tout à fait insuffisant pour les besoins de la cause. »

Nous ferons remarquer que les observations publiées ont été pratiquées dans des circonstances bien différentes : Certaines ovariotomies étaient pratiquées comme traitement radical de l'affection ovarienne, la grossesse étant méconnue. D'autres furent faites parce que le chirurgien ne considérait pas la grossesse comme une contre-indication, ou, dans le cas de malaises sérieux, parce qu'il considérait l'ovariotomie comme moins dangereuse que la ponction ; d'autres enfin, parce qu'elle était le seul traitement ayant chance de sauver l'existence menacée par l'apparition d'un accident du côté du kyste.

C'est une raison qui nous porte à dire que les indications de cette opération doivent varier. Certaines conditions feront varier le pronostic : Un kyste à développement lent, de volume moyen, un kyste dermoïde, la plupart des kystes uniloculaires, sans adhérences importantes, seront d'une extirpation facile et l'opération pratiquée pendant la grossesse réussira a peu près aussi sûrement qu'en dehors de la gestation : c'est ce qui expliquera le résultat brillant fourni par des statistiques comme celles de Schrœder, parce que partisan de l'ovariotomie pendant la gravidité, il opère l'ablation de l'ovaire malade. Seulement même dans ces statistiques le pronostic, au point de vue de l'enfant est assez grave, puisque pour 17 ovariotomies de Sp. Wells et de Schrœder, on trouva 8 enfants qui n'ont pas vécu, soit 47 p. 100. Il est juste de dire que les résultats de Schrœder tout récemment publiés semblent devoir changer cette proportion.

Nous pourrions citer plusieurs observations d'ovariotomie pratiquées en dehors de tout accident.

Dans l'observation suivante d'Engström, le succès opératoire fut complet. Elle est extraite du journal *Finska läk-sällak hand.* Helsingfors, 1855, p. 189.

Observation XIX.

Malvina Järvinen, 23 ans, femme d'un cordonnier d'Helsinfors. Anamnestiques, 26 novembre 1884 :

Les règles se montrèrent des l'âge de 13 ans, périodiques environ tous les vingt-huit jours, d'une durée de cinq à six jours : pendant les deux premiers jours, douleurs assez vives. En janvier de cette année-ci, avortement au deuxième mois; elle reconnut alors une tumeur mobile tantôt pénétrant dans le bassin, en sorte qu'elle ne pouvait la saisir, tantôt mobile dans les environs du nombril, ayant le volume du poing. Elle devint enceinte de nouveau à la fin du mois d'août, eut ses dernières règles vers le milieu du même mois. La tumeur a grandi petit à petit et ne descend plus depuis quelques mois dans le bassin, mais glisse quand elle est couchée, contre le foie et cause en même temps à la malade une sensation d'oppression dont elle se délivre en pressant la tumeur des deux mains contre l'hypogastre pour la faire descendre.

Etat actuel. — Utérus mou, grandi, mobile. Le fond de l'utérus est à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse du pubis. Le col (portion vaginale) est mou, l'orifice externe petit, avec échancrures dans les lèvres. Dans l'abdomen, une tumeur ovale, arrondie, mobile et pseudo-fluctuante, du volume d'une tête d'enfant en grande partie du côté droit, cependant dépassant toujours en partie la ligne médiane un peu vers la gauche. La malade est de taille moyenne, un peu pâle, mais pour le reste assez bien développée. Les digestions, les urines normales. Les mamelles un pen tendues avec commencement de sécrétion de lait, les aréoles très brunes.

Le 2 décembre 1884. ovariotomie exécutée dans la maison des diaconnesses, après les préparations habituelles. L'incision de l'abdomen fut de quatre travers de doigts sur la ligne blanche au-dessous de l'ombilic. La tumeur mobile est déplacée, et fixée par des manipulations extérieures. Ponction avec le gros trocart, le contenu du kyste est jaune clair et pas épais : la tumeur est un kystome multiloculaire proliférant de l'ovaire droit; beaucoup de ruptures de vaisseaux sur ses parois. Le pédicule large, très court, tourné sur son axe avec de nombreux vaisseaux élargis, qui étaient dans un rapport immédiat avec un plexus composé pareillement, logé dans le ligament large droit. La ligature a du être faite tout près de l'utérus après quoi le moignon fut abandonné. La plaie de l'abdomen est recousue comme d'habitude. Bandage de compression. La guérison se fit sans encombre. Pas de fièvre, les sutures de la plaie de l'abdomen furent enlevées le 9 décembre. Réunion par première intention. Le 15 décembre

l'opérée se leva et depuis a été toujours bien portante. Pas de symptômes de commencement de travail d'accouchement.

Une ovariotomie faite dans les mêmes conditions par Bennet, fut suivie de guérison pour la mère, mais l'avortement survint dix jours après l'opération (Bennet, E. P., *Med. Rec.*, *New-York*, 1882, 22).

Observation XX.

Dans l'été de 1880, on me demanda chez une jeune dame mariée dont l'abdomen grandissait depuis plus d'un an et qu'on avait déclarée enceinte. Le médecin en était tellement sûr qu'il déclarait entendre les battements fœtaux, au moins depuis un mois avant ma visite; en examinant, je diagnostiquai aussitôt un kyste de l'ovaire, mais comme elle n'avait pas eu ses règles depuis trois mois, j'admis qu'elle pouvait bien être enceinte, mais pas assez avancée pour qu'on pût entendre le cœur du fœtus. Je fis l'opération, j'enlevai un grand kyste pesant environ 50 livres. Pendant dix jours tout alla bien, puis la femme avorta d'un très petit fœtus. L'avortement ne produisit pas de résultat fâcheux et l'opérée guérit rapidement sans un seul symptôme défavorable.

Bennet fit suivre son observation de la réflexion qu'un succès semblable n'aurait pu être obtenu par la ponction.

D'autres fois la guérison se fait malgré des complications de l'opération, ce qui tend à confirmer cette phrase de M. Guéniot (1). « L'innocuité du traumatisme sur la grossesse, de même que la nocivité, n'est soumise à aucune loi absolue. » C'est ce que nous démontre ce fait curieux de von Wahl, extrait du *Saint-Petersburg med. Wochenschrift*, 1883, p. 69.

Observation XXI.

Susanne Körklett, mariée depuis douze ans, dit avoir toujours été bien portante auparavant. Quelques mois après son 3e accouchement, en 1876, elle remarqua une petite tumeur dure et mobile, un peu à gauche et au-dessous de la symphyse du pubis, cette tumeur lui causa de légers malaises en s'accroissant. En 1880, elle devint encore enceinte et la tumeur se déplaça vers la droite au-dessous des côtes en causant de la dyspnée

(1) *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1876.

sérieuse de temps à autre. Les règles étaient venues à 15 ans, avaient toujours été normales. Accouchée quatre fois, la première fois d'une fille, il y a onze ans, cette femme eut ensuite des jumeaux il y a huit ans, un garçon il y a six ans, et en août 1880 eut encore deux jumeaux. A présent, dit-elle, les règles manquent depuis le milieu de décembre 1881. État actuel, 6 février 1882, bonne nutrition. Habitus un peu anémique. Paroi abdominale flasque, beaucoup de vergétures. Abdomen plus développé vers le côté droit. A cet endroit se trouve une tumeur sphérique qu'on reconnaît à la palpation. Elle dépasse un peu le nombril, fluctuation nette. Mobilité en tous les sens. Si on la déplace vers la gauche, on sent à droite, au-dessus de la branche horizontale du pubis, un pédicule arrondi de la grosseur d'un doigt qui s'élève de gauche à droite. Au dessus de la symphyse le fond de l'utérus se sent comme au 3e mois de la grossesse. Il n'y a pas de continuité entre l'utérus et la tumeur. Le toucher donne le même résultat : si on pousse la tumeur en haut on sent la voûte du vagin tendue. La circonférence de l'abdomen est de 90 centimètres.

Ovariotomie le 14 février : étherisation, incision de 11 centimètres. La ponction du kyste donne environ deux litres de liquide clair, jaune-paille. Le pédicule est très long, large de 1 centimètre y compris la trompe et le ligament de l'ovaire. Il est lié en trois portions, et en ligature en masse. Après la séparation du kyste, les vaisseaux sont encore liés à part. Rien d'anormal à l'utérus et à l'ovaire gauche. Sutures abdominales profondes qui comprennent les parois et le péritoine. Apyrexie huit jours après l'opération, enlèvement des sutures. La plaie est réunie par première intention et maintenue par des bandes agglutinatives et n'est recouverte que d'une seule feuille de ouate. Le matin du 25 février, la garde vit la bande imbibée, aussi la malade se plaignait-elle de douleurs sourdes du côté de la blessure. On lui donna de la teinture d'opium, elle fut chloroformée et transportée dans la salle d'opération. On constata que la plaie s'était rouverte dans toute sa longueur et que plusieurs anses intestinales ainsi qu'un grande partie de l'épiploon étaient accolées à la ouate. Quand on eut soulevé les bords de la paroi abdominale pour que les intestins ne sortent plus et après qu'on eut introduit une grande éponge plate pour protéger la cavité abdominale, on nettoya les anses collées à la ouate ainsi que l'épiploon le mieux possible. Une couche mince d'exsudat fibrineux rendit cette opération difficile. Avec des éponges et une solution chaude de thymol on débarrassa les intestins des plus grosses particules. Les bords de la blessure étaient tellement frais qu'on aurait cru qu'on avait pratiqué la section depuis quelques heures. Réunion soigneuse aussi complète que possible avec des sutures. Une vessie de glace. Teinture d'opium, X gouttes toutes les deux heures. Le soir la température monta à 37°,9 pour redescendre ensuite à la normale. Le 5 mars, trois sutures furent enlevées et les dernières, le 7. La plaie, cette fois, est bien fermée. Le

12 mars la malade peut quitter le lit et retourner chez elle, guérie le 29 du même mois. La grossesse continua normalement.

L'avortement peut être pratiqué par une apoplexie placentaire (cas de Pippingskjold) ou être déterminé par le tiraillement exercé sur l'utérus par un pédicule trop court fixé à la plaie abdominale (cas de Rosenthal). Mais il faut surtout tenir compte de la malignité de la tumeur et des adhérences solides et nombreuses qui peuvent rendre l'opération extrêmement difficile. Nous donnons ici la relation d'un fait de ce genre que notre excellent maître, M. le professeur Gross, a bien voulu nous communiquer.

Observation XXII.

Kyste multiloculaire proliférant à végétations internes; grossesse de trois mois et demi; ovariotomie; adhérences pariétales étendues; opération très laborieuse; avortement le deuxième jour; mort par péritonite le troisième jour (professeur Gross).

Mme D..., 29 ans, petite, lymphatico-sanguine, sans antécédents héréditaires, mariée depuis trois ans.

Réglée à l'âge de 16 ans, elle l'a toujours été régulièrement, mais peu abondamment.

Environ cinq ans avant son mariage, elle a souffert pendant un certain temps de douleurs dans le bas-ventre; à cette époque sa mère l'a conduite chez un spécialiste, à Strasbourg. Après examen, celui-ci doit lui avoir dit qu'elle avait « l'ovaire gauche un peu gros, » mais ne prescrivit aucun traitement. Les douleurs reparurent quelques mois avant son mariage.

Après celui-ci, Mme D... fut bientôt enceinte. Les premiers mois de la grossesse ont été faciles, pendant les autres, le dernier surtout, Mme D... a été très souffrante. Elle a éprouvé de vives douleurs dans le bas-ventre, et eut des vomissements fréquents, presque incoercibles; tous symptômes qui furent attribués à la grossesse par le médecin traitant.

En juin 1885, elle accouchà d'un enfant vivant, bien portant. L'accouchement se fit normalement; mais aussitôt après la délivrance, MM. les Drs Spilmann, professeur agrégé, et Remy, chef de clinique d'accouchements à la Faculté de médecine, constatèrent à gauche du globe utérin une tumeur intra-abdominale, un instant prise pour un deuxième fœtus, mais bientôt reconnue pour un kyste ovarique. La tumeur remplissait le côté gauche de la cavité abdominale et dépassait déjà à ce moment le niveau de l'ombilic.

Environ une quinzaine de jours plus tard, la convalescence de Mme D... fut troublée par l'apparition d'un phlegmon de la paroi abdominale; celui-ci était situé dans la région sous-ombilicale, à gauche, s'ouvrit spontanément, donna du pus pendant assez longtemps, puis se cicatrisa au bout d'un mois environ.

La guérison obtenue et le diagnostic, kyste ovarique, confirmé à nouveau, l'ovariotomie fut décidée en principe. Celle-ci devait être pratiquée environ trois mois plus tard.

En décembre, Mme D... vint avouer qu'elle était de nouveau enceinte, que sa dernière époque datait de fin octobre, que celle de novembre avait fait défaut. L'examen local, pratiqué par M. le Dr Spilmann, confirma la situation. Très effrayée de se savoir exposée à la répétition des accidents survenus pendant la première grossesse, Mme D... maintint sa résolution et demanda à être opérée malgré sa nouvelle position. Bien que les accidents observés aient été sérieux et inquiétants, les indications de l'ovariotomie devaient être discutées à nouveau.

En janvier 1886, l'état de Mme D... a été le suivant : Abdomen volumineux. Circonférence au niveau de l'ombilic, 92 centimètres; de l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 19 centimètres; de l'ombilic au pubis, 21 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure droite, 23 centimètres; à l'épine iliaque antéro-supérieure gauche, 24 centimètres. Ombilic effacé, vergetures sur les parties latérales; à gauche, une cicatrice déprimée, suite de l'abcès de la paroi survenu antérieurement.

La palpation démontre une tumeur volumineuse remplissant la cavité abdominale, et composée d'un premier lobe volumineux, situé à gauche, remontant jusque dans le flanc; d'un deuxième lobe, dur, plus petit, siégeant dans la fosse iliaque du même côté. Un troisième lobe occupe la région ombilicale et épigastrique, mais remonte un peu moins haut que le lobe principal gauche; enfin au-dessus du pubis, vers la région iliaque droite, on constate une petite tumeur de consistance assez ferme.

La tumeur est mate dans toute son étendue, la sonorité stomacale très réduite, légère sonorité dans le flanc droit. Les lobes principaux paraissent fluctuants. La tumeur dans son ensemble paraît mobile dans l'abdomen: à gauche, au niveau de la cicatrice de la paroi, on soupçonne des adhérences. Aucune des bosselures constatées ne paraît être l'utérus gravide. Celui-ci doit être recouvert par la tumeur. A l'auscultation, peut-être, souffle lointain dans la fosse iliaque droite.

Au toucher vaginal, l'utérus paraît un peu abaissé; son segment inférieur est augmenté de volume et rempli; le col est ramolli, absolument caractéristique.

Fréquentes envies d'uriner, constipation, pas de selles sans lavement.

Amaigrissement, traits tirés, énervement.

Rien de particulier à l'examen des organes thoraciques. Essoufflement. Gêne de la respiration due à la présence de la tumeur abdominale.

Pas d'œdème des membres inférieurs. Rien dans les urines.

Il s'agissait d'un *kyste multiloculaire*. En raison des antécédents, de l'impossibilité qu'il y avait de réduire suffisamment le volume de la tumeur par la ponction, encouragé par les succès de l'ovariotomie antiseptique pendant la grossesse, l'extirpation de la tumeur kystique fut décidée.

Une fièvre typhoïde, dont le mari de Mme D... a été atteint, fit remettre l'opération jusqu'en mars.

Opération (15 mars). — Traitement préparatoire de la malade. Précautions antiseptiques habituelles pour le local, l'opérée, l'opérateur et les aides, l'instrumentation.

L'opération fut pratiquée avec l'assistance de M. le professeur Weiss, de MM. les professeurs agrégés Spillmann, A. Herrgott, et Rohmer, de M. Lefranc, interne. M. Lenez, externe, est chargé de la chloroformisation.

L'anesthésie obtenue, incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane, depuis la région sus-pubienne jusqu'à l'ombilic, l'hémostase étant assurée à l'aide de quelques pinces hémostatiques, le péritoine est incisé à son tour et aussitôt une première loge kystique apparaît.

Elle est ponctionnée avec le trocart canule de Kœberlé; il s'écoule environ un litre de liquide trouble blanc jaunâtre visqueux. L'écoulement terminé, le trocart est retiré et l'ouverture de la loge fermée à l'aide d'une pince à arrêt. On reconnaît la tumeur utérine à droite dans la fosse iliaque. Après s'être assuré qu'il n'existe pas d'adhérences de kyste contre la paroi abdominale antérieure, on cherche à soulever la tumeur et à l'attirer au dehors. On la trouve retenue en arrière et à gauche. Pour mettre à découvert le siège des adhérences, on agrandit d'abord l'incision des parois abdominales vers le haut, au-dessus de l'ombilic; puis on réussit à ponctionner deux autres loges de la tumeur, l'une située vers le flanc gauche, l'autre vers la fosse iliaque du même côté. Au lieu de découvrir quelques adhérences limitées, on constate, au contraire, que la tumeur est adhérente dans la fosse iliaque gauche, dans toute l'étendue de son côté externe, dans une grande étendue en arrière, jusque dans le flanc et vers en haut jusque dans le voisinage de la rate. Les premières adhérences étaient faibles et se laissèrent facilement déchirer, soit avec le doigt, soit avec un instrument mousse; malheureusement la réunion entre l'enveloppe kystique et la paroi abdominale devint de plus en plus solide. L'opération, trop avancée pour pouvoir sans danger être *laissée incomplète*, on crut devoir la terminer. Au niveau de la cicatrice observée sur les téguments de l'abdomen, la fusion devint tellement intime que la paroi kystique ne put être libérée qu'avec l'aide du bistouri. L'hémostase dans toute l'étendue des adhérences pariétales a présenté de grandes difficultés et nécessité plusieurs ligatures perdues.

La tumeur détachée et extraite de la cavité abdominale après beaucoup de peine, on découvre un pédicule très court, très épais, de l'épaisseur

de l'avant-bras, implanté sur le bord gauche de la tumeur utérine. On l'étreint provisoirement avec une ligature élastique, puis il est traversé à quelque distance en avant avec une fiche qui retient le pédicule au-dessus de la paroi abdominale. Celui-ci est traversé ensuite par une aiguille armée d'un double fil de soie antiseptique et lié en deux moitiés par deux ligatures entrecroisées. Pour plus de sûreté, les extrémités des ligatures sont encore passées autour de l'ensemble du pédicule. Celui-ci contient la trompe gauche.

Cela fait, on resèque du moignon autant que possible les portions de parois kystiques qu'il contenait, et notamment les nombreuses masses papillaires et végétantes dont la face interne des diverses poches kystiques était tapissée. Finalement la fiche est retirée, les fils sont coupés près des nœuds, et le pédicule est abandonné dans la cavité abdominale.

On procède ensuite à la toilette de la cavité péritonéale. Une certaine quantité de sang est soigneusement retirée du cul-de-sac.

On s'aperçoit à ce moment qu'une certaine quantité de sang coule encore de la paroi abdominale, dans la direction du flanc gauche. Deux ligatures perdues sont encore nécessaires au point où les adhérences pariétales ont été les plus intimes.

On passe enfin à la suture de la paroi. Réunion du péritoine avec des fils de catgut; des aponévroses et des téguments avec du fil d'argent; entre les sutures métalliques, on place un certain nombre d'épingles formant suture entortillée.

Quelques bandelettes de gaze iodoformée sont appliquées sur la ligne de réunion; un pansement de Lister, recouvert par un pansement ouaté compressif, enveloppe tout l'abdomen et la racine des cuisses est fixé par de larges bandes de tarlatane humide. L'opération extrêmement laborieuse, a duré trois heures un quart.

L'opérée est reportée dans son lit et réchauffée avec soin. Prescription: diète absolue, glace, champagne. Catéthérisme toutes les cinq heures.

Description de la tumeur. — La quantité de liquide extraite par les ponctions successives faites pendant l'opération, a été de sept litres seulement; la tumeur extirpée, liquide non compris, a pesé 1950 grammes et appartenait à la variété des kystes multiloculaires proliférants, à végétation internes. L'analyse histologique a révélé un processus épithélial de nature maligne.

Suites de l'opération. — L'opérée s'est relevée facilement et rapidement du choc opératoire. Elle n'a pas eu de vomissements chloroformiques.

Le soir, P., 80; T., 38; l'opérée se trouve bien; elle ne souffre nullement et n'a ni nausées, ni hoquets, ni vomissements.

16 mars. Nuit satisfaisante. Un peu de sommeil; vers le matin, léger écoulement sanguin par le vagin, quelques légères coliques. P., 100; T., 37°,6. Glace, champagne. Injections hypodermique de chlorhydrate de morphine (0,01).

Dans l'après-midi, l'opérée se trouve bien; elle ne souffre pas, son état est absolument satisfaisant.

Le soir. P., 100; T.. 38°. Pas de douleur.

Le 17. Nuit sans sommeil. L'écoulement sanguin par le vagin réapparaît, mais l'opérée ne ressent ni colique, ni douleur abdominale. Injection hypodermique de chlorhydrate de morphine.

Le matin. P., 112; T., 38°; l'opérée continue à perdre un peu de sang. Glace, champagne, bouillon glacé.

Vers midi, un vomissement glaireux, mais aucune douleur dans l'abdomen.

A une heure, en sondant l'opérée, M. Lefrane, interne, constate l'apparition à la vulve d'une tumeur molasse, rouge bleuâtre foncé, dont la nature ne laisse aucun doute. Il s'agit d'un *avortement*.

M. le Dr Alphonse Herrgott, appelé sur-le-champ, extrait un fœtus mort, de 3 mois et demi environ. Le liquide écoulé après la rupture de l'œuf répand une odeur fétide prononcée. Le délivre ne peut être extrait, il est encore contenu dans la matrice. Injections vaginales au sublimé.

Dans l'après-midi, une hémorrhagie assez intense, ne cédant pas aux injections vaginales d'eau chaude, nécessite une injection hypodermique d'ergotine, d'urgence.

A 4 heures du soir, le placenta peut être extrait.

L'opérée tombe dans un état de collapsus inquiétant. Le pouls devient filiforme (120), la température est à 36°,5. Injections hypodermiques d'éther. Champagne, kirsch. Aucune douleur, mais deux vomissements bilieux.

Le soir, l'opérée se trouve toujours dans le même état, mais ne souffre aucunement et garde toute sa connaissance. Anurie à peu près complète.

Le collapsus continue et s'aggrave pendant la nuit. Il survient de plus une sensation très pénible de besoin d'air et des accès d'étouffement. Sur le conseil de M. le Dr Spillmann, on a recours aux inhalations d'oxygène qui déterminent un soulagement très notable, et relèvent un peu le pouls. Celui-ci, à peu près imperceptible depuis 4 heures de l'après-midi, est de nouveau senti vers minuit.

L'amélioration ne dure pas et vers le matin les inhalations d'oxygène n'ont plus aucun effet. Le pouls devient de nouveau filiforme et bientôt imperceptible. L'opérée ressent des élancements douloureux très violents dans le flanc, la région lombaire et la base de la poitrine du côté gauche. Des vomissements surviennent et se répètent; l'opérée ne supporte plus rien.

La douleur lombaire devient de plus en plus intense; elle s'accompagne d'une sensation de constriction dans la poitrine, et d'étouffement extrêmement pénible.

Cet état se prolonge dans la matinée du 18 mars et ne fait que s'aggraver. Le pouls ne se sent plus.

A une heure, l'opérée expire.
L'autopsie n'a pu être faite.

Nous faisons suivre cette observation si intéressante des réflexions que M. le professeur Gross nous a communiquées. Nous les acceptons pleinement :

1° La cause du désastre *n'a pas été la complication de grossesse*, mais la difficulté de l'opération (adhérences étendues et solides, difficulté de l'hémostase, brièveté et volume exceptionnel du pédicule, longueur de l'opération). Une opération aussi laborieuse a de par elle-même une gravité extrême ; la complication de grossesse est absolument inutile pour rendre compte de l'issue fatale de l'opération.

2° Nous avions affaire à une variété de kyste *essentiellement maligne*, la variété végétante, qui contracte facilement et rapidement des adhérences, et qui aussi, dans la majorité des cas, devient rapidement *inopérable*. Le diagnostic de la variété n'a malheureusement pas pu être fait avant l'opération.

3° Les accidents survenus après l'opération permettent de conclure à une *péritonite suppurée*, partie du point où ont siégé les adhérences les plus solides (flanc, région lombaire gauche).

4° La ligature de la trompe dans le pédicule a dû être la cause principale de l'avortement ; la péritonite ne semble s'être déclarée qu'après la fausse-couche.

5° La perte de sang produite par l'avortement a dû hâter la marche fatale des accidents. Le collapsus a apparu immédiatement après la fausse couche.

6° L'élément grossesse semble avoir joué le rôle suivant. Pendant la première grossesse, la tumeur a été refoulée à gauche, fixée en cette position et pressée contre la paroi abdominale pendant de longs mois. Pendant ce temps, la tumeur absolument fixe a contracté des adhérences ; celles-ci étaient encore facilitées de par la nature même de la tumeur ; la nature maligne de la tumeur explique peut-être l'étendue en surface considérable de ces adhérences.

Après l'accouchement, la tumeur a été brusquement décom-

primée : de là, des tractions sur les adhérences, des ruptures vasculaires dans leur épaisseur et consécutivement un phlegmon dont la *cause vraie* avait échappé et qu'au lieu d'être *intrapariétal* comme il a semblé, a été *sous-péritonéal* ; de là, encore des adhérences consécutives, cette fois *cicatricielles*, c'est à dire *très solides*.

La *deuxième grossesse* aurait nécessairement produit les mêmes effets.

L'importance du sujet nécessitait une étude aussi complète que possible de ces trois modes d'intervention qui peuvent être mis en usage dans le cours d'une grossesse compliquée d'un kyste ovarique situé dans la cavité abdominale. Nous avons pu montrer au sujet de chacun qu'ils ne pouvaient l'un ou l'autre trouver une indication absolue parce que les faits cliniques démontrent que trop d'éléments plus ou moins défavorables peuvent entrer en jeu pour donner à chaque cas une physionomie particulière (nature du kyste, son évolution pendant la grossesse, son accroissement, son volume, ses complications), tous éléments qui peuvent agir plus ou moins, selon les cas, sur l'état de gestation.

Il nous reste, étant en possession de ces données, à établir les conséquences thérapeutiques qui en découlent.

Des deux méthodes qui s'attaquent, l'une à la grossesse en en interrompant le cours, l'autre au kyste qui la complique, en l'enlevant par une opération, aucune, selon nous, ne peut être admise d'une façon exclusive. En effet, on sait que certains kystes évoluent très lentement dans l'espace de 10 à 15 ans, tandis que d'autres, beaucoup plus dangereux, parcourent leur évolution dans un temps très court, en deux ou trois ans. Les uns ne seront qu'à peine impressionnés par les modifications gravidiques et sembleront ne pas sortir de leur torpeur, tandis que les autres trouveront encore dans la grossesse un nouveau stimulus et pourront devenir la cause des plus graves accidents. Les premiers permettront une série de grossesses heureuses, et de telles femmes ont pu mettre au monde cinq et six enfants sans difficultés avant de recourir au médecin. Tandis que les

kystes à évolution rapide, ceux dont les parois s'altèrent, seront une complication très graves pour la gestation. Ainsi, le traitement applicable aux kystes de la seconde catégorie, rationnellement ne sera point nécessaire pour ceux de la première. Et, puisque l'enfant né prématurément, même entouré des plus grands soins, s'élève difficilement, pourquoi le sacrifier quand, surtout comme nous l'avons vu, les résultats fournis par l'accouchement prématuré, ne semblent guère favorables dans les cas dangereux. Ce traitement, l'accouchement provoqué, parait inutile pour les cas dans lesquels la grossesse semble peu impressionnée par le voisinage du kyste?

Pourquoi appliquer à tous les kystes le traitement par l'extirpation, alors que cette intervention n'est pas sans dangers puisque, pour les cas publiés, elle entraîne pour les mères une mortalité de 19,4 % et qu'elle sacrifie 50 % des enfants. Pourquoi exposer la mère et l'enfant à ces dangers de mort (1 femme sur 5 et 1 enfant sur 2) quand la nature et l'évolution du kyste ne nécessitent pas toujours cette intervention immédiate, quand les dangers que l'on redoute sont loin d'entraîner une mortalité aussi forte que celle qu'entraîne l'opération qui veut les faire éviter ? Les kystes sont loin d'être tous en voie d'accroissement rapide pendant la grossesse, beaucoup restent stationnaire, peut-être parce qu'ils sont comprimés ; ils sont donc loin, au moins pour plusieurs, de demander un traitement immédiat. On peut comprendre l'entraînement de Sp. Wells et de Schrœder qui ont obtenu respectivement de magnifiques résultats (1), mais les médecins qui rencontreront des kystes ovariques compliquant la grossesse n'auront pas tous l'expérience et l'habileté de ces deux opérateurs.

Nous devrons donc classer les indications selon les cas.

Il n'est jamais indiqué de provoquer l'avortement, parce que c'est sacrifier le plus souvent l'enfant sans être utile à la mère ; dans les cas qui peuvent être heureux, c'est un sacrifice sans bénéfice pour la mère, et dans les cas où le kyste cause des malaises ou des accidents, il ne fait que retarder de quelques jours

(1) Pour la mère, tandis que la mortalité fœtale a atteint 47 p. 100. (Sans doute moins de 47 p. 100 depuis les nouveaux cas signalés par Stratz.)

l'intervention qui sera nécessaire, et il fait perdre à l'enfant les chances heureuses qu'il pouvait conserver même à la suite des opérations, telles que l'ovariotomie. Toutes les fois que la grossesse se passe aussi régulièrement que possible, que le kyste ne s'accroît pas ou que lentement, de façon à n'incommoder que très légèrement la femme gravide et qu'il n'y a pas lieu de prévoir l'apparition d'accidents, il faut attendre et surveiller, afin que cette expectation ne soit point la cause de dangers futurs.

Cette ligne de conduite permettra, dans bien des cas, à la femme de mener sa gravidité jusqu'au terme normal.

L'augmentation de volume du kyste sera assez souvent la cause de malaises plus ou moins sérieux pour la mère, et quelquefois la cause de l'apparition de contractions utérines. Ces malaises peuvent être encore assez peu prononcés et permettre de patienter jusqu'au moment de l'expulsion à terme du fœtus : la diminution de l'abdomen causée par la déplétion utérine pourra produire le soulagement désiré. Si l'on craint de voir s'éveiller les contractions, on essayera par précaution la médication opiacée.

Mais ces malaises peuvent se produire assez vite, et les menaces d'avortement peuvent s'accentuer, il faut alors songer à appliquer le traitement convenable. Puisque c'est l'augmentation de volume qui est cause de la dyspnée, des douleurs dans le ventre, des palpitations de la dysurie, etc., il sera indiqué de diminuer ce volume. On doit toujours recourir en premier lieu à la ponction. Elle a souvent suffi à faire cesser l'état de malaise. La ponction peut être employée un certain nombre de fois, et surtout avec les kystes uniloculaires, la possibilité de l'évacuation du liquide engagera à se borner à ce seul moyen.

Mais la ponction n'a pas toujours tranché la question ; ainsi, ou bien la reproduction du liquide se fait très rapidement, en déterminant toujours les mêmes dangers, et de nombreuses ponctions seront nécessaires dans le cours des neuf mois de gestation, ou bien elle n'a pas réussi parce que la tumeur étant pluriloculaire, le trocart ne donne issue qu'à une quantité insuffisante de liquide, et la situation réclame toujours une intervention médicale. Dans le premier cas, tant qu'il y a lieu d'es-

pérer que la ponction n'exposera pas aux complications qui peuvent en dépendre, on l'emploira pour reporter l'ovariotomie jusqu'après les couches. Mais si elle expose à des poussées de péritonite, si le contenu kystique s'altère (pus, sang), elle devient, dans ces cas, un moyen dangereux, et il vaut mieux recourir à l'ovariotomie, surtout dans les 4-5 premiers mois. Dans les derniers mois, si les mêmes dangers, si les mêmes menaces du côté du kyste apparaissent, on pratiquera aussi l'ovariotomie. Dans les cas seuls où l'on serait très près du terme, on pourrait songer à provoquer le travail (l'enfant ayant beaucoup de chances de vivre), quand il n'y a aucune indication absolument pressante, et qu'on peut espérer, par ce moyen, pouvoir atteindre le temps qui suit la puerpéralité, sans quoi il vaudrait bien mieux faire de suite l'ovariotomie, puisque pendant la grossesse elle n'expose que 1 femme sur 5 à la mort, tandis que pendant la puerpéralité, c'est 1 femme sur 2 qui meurt à la suite de cette opération (1).

Quand le kyste est multiloculaire, que la ponction ne réussit pas, l'ovariotomie est indiquée, surtout dans les cinq premiers mois. C'est aussi le plus souvent le meilleur traitement pendant les derniers mois, puisque son accroissement continu ne permet guère d'espérer un soulagement après l'accouchement.

Quand on a reconnu la nature maligne du kyste, une variété très végétante, on doit faire l'ovariotomie. Cette opération doit être faite d'urgence quand il se produit une rupture du kyste, une torsion du pédicule, une hémorrhagie, une suppuration du kyste, une péritonite à la suite d'une ponction, un iléus.

Dans l'état actuel de nos connaissances, d'après les résultats fournis par les faits publiés, nous pensons qu'on peut ainsi conclure :

Dans les cas de kyste uniloculaire ou pauciloculaire, quand la tumeur ne s'accroît pas ou très peu, qu'elle ne détermine que des malaises insignifiants, il faut attendre et surveiller.

(1) Sur les 31 observations que j'ai réunies d'ovariotomies faites pendant les trois premiers mois qui suivent l'accouchement, 15 sont mortes, 50 p. 100. On peut dire que cette opération était faite, le plus souvent, sinon toujours non comme une opération de choix, mais comme opération de nécessité.

Quand la tumeur, en augmentant de volume, déterminera des malaises plus sérieux, tels que gêne de respiration, dyspepsie, gêne des fonctions urinaire et intestinale, douleurs abdominales, des menaces d'avortement, on fera la ponction avec toutes les précautions nécessaires. Elle pourra être répétée, mais elle est plus dangereuse dans ces cas.

Si la ponction ne réussit pas ou si le liquide se reproduit très rapidement dans les cinq premiers mois, on fera l'ovariotomie. On pratiquera aussi cette opération dans la seconde moitié de la gestation, si l'on ne peut espérer pouvoir atteindre sans danger sérieux la fin de la puerpéralité.

Si les malaises importants ne surviennent qu'à la fin de la grossesse, et que la ponction ne produise pas le soulagement désirable, on pratiquera l'accouchement prématuré artificiel dans les dernières semaines, à moins d'indication urgente d'ovariotomie.

Un accident, comme une péritonite, une suppuration du kyste survenant après la ponction, une hémorrhagie du kyste, une torsion du pédicule, un iléus, nécessitera d'urgence l'ovariotomie.

L'ovariotomie faite pendant la grossesse demande-t-elle un procédé spécial, des précautions particulières ? Telle est la question qu'on doit maintenant se poser.

C'est là une question d'une très grande importance, car si l'opération en elle-même est toujours bien l'ovariotomie, il doit y avoir et il y a des précautions à prendre pour ménager autant que possible la grossesse. Le rôle du médecin est d'écarter, autant que cela est en son pouvoir, toutes les complications de la grossesse. Est-on dans la nécessité de faire l'ovariotomie, ou croit-on devoir la faire, il ne faut pas que cette opération, étant mal réglée, mal dirigée, devienne cause d'interruption de la grossesse. Nous devons donc indiquer quelles sont les précautions que commande l'état de gestation.

L'antisepsie devra naturellement être très rigoureusement employée, et nous trouvons qu'elle a été mise en pratique sur-

tout dans les opérations de ces dernières années. L'utilité de cette méthode est trop incontestable pour que nous nous arrêtions à la faire reconnaître. Nous parlerons du spray : Il n'entre pas dans notre sujet d'étudier au point de vue général si le spray doit être employé ou non dans les ovariotomies; mais nous devons nous attacher à rechercher s'il ne serait pas nuisible à la grossesse. Dans ce cas, on peut lui reprocher d'exposer l'utérus au refroidissement. Cette pluie fine tombant sur l'utérus découvert pourra refroidir cet organe, et les expériences des physiologistes nous ont appris que le froid comme la chaleur font contracter l'utérus gravide. Il y a donc là, il nous semble, un argument contre l'emploi du spray. On pourrait d'ailleurs, comme on le fait souvent, répandre dans l'atmosphère de la pièce, avant l'opération un brouillard phéniqué au moyen des pulvérisateurs.

Cet effet nuisible du froid sur l'utérus gravide commande encore qu'on ne laisse point longtemps l'utérus exposé à l'air, c'est-à-dire qu'on fasse l'opération avec autant de célérité que le comportent la prudence et une bonne exécution.

Quant à l'incision, on la fera autant que possible sur la ligne médiane, pour éviter les muscles qui donnent beaucoup de sang. A quelle hauteur faut-il la pratiquer ? On a conseillé de s'éloigner d'autant plus du pubis, que le fond de l'utérus est élevé, parce que l'incision partie de 3 à 4 cent. du pubis conduirait sur l'utérus et il faudrait alors la prolonger pour atteindre le kyste qui peut être élevé. Spencer Wells (8e obs.) Galabin, Laroyenne ont fait partir leur incision du niveau du fond de l'utérus.

Si le kyste est sur un côté on le ramène sur la ligne médiane et on le fait maintenir.

Mais avant d'enfoncer son trocart, il faut bien s'assurer de la nature de la tumeur qui se présente à l'ouverture de l'abdomen. C'est à ce moment qu'on peut commettre une grave erreur et ponctionner l'utérus : on doit se rappeler que l'utérus est rouge-bleuâtre sombre, tandis que le kyste est blanc ou blanc bleuâtre.

Quant aux détails de l'opération de l'ovariotomie proprement dite, il n'y a rien de particulier à signaler : on se conforme aux

règles générales de l'opération. On ne saurait trop suivre le conseil de Péan de ne toucher à l'utérus que le moins possible ; il faut éviter de mettre sa contractilité en éveil.

Que faut-il faire du pédicule? Il faut autant que possible faire la ligature et abandonner le pédicule, en s'assurant parfaitement de l'hémostase.

Le clamp, fixé à l'incision, peut tirer sur l'utérus et le faire tourner sur son axe (ce qu'a vu Spencer Wells), peut tirailler les ligaments larges et mettre obstacle à l'ascension de l'utérus. Rosenthal attribue dans son cas d'ovariotomie l'avortement au tiraillement exercé sur l'utérus par un pédicule trop court fixé à la plaie abdominale.

Nous sommes arrivé au temps de la toilette de la cavité abdominale.

Il ne faut pas oublier que, dans notre cas, nous avons un organe qui demande à être ménagé le plus possible, et que pour faire la toilette du péritoine, du cul-de-sac postérieur de Douglas, il sera bien difficile de ne pas toucher à la matrice. En raison de ce fait, on devra, pendant toute l'opération, faire tous ses efforts pour ne laisser s'écouler aucun liquide dans la cavité péritonéale, surtout au moment de la ponction du kyste. On pourrait de cette façon éviter de porter l'éponge ou la serviette derrière l'utérus. Cependant, si du liquide kystique, surtout du contenu de kyste dermoïde s'était épanché dans la cavité péritonéale, il serait prudent de l'enlever.

Le drainage semble devoir être toujours dangereux pour l'utérus gravide, car le tube, corps étranger, touchant l'utérus, sera une cause de contractions. Aussi Heiberg conclut-il que l'emploi du drain doit être borné aux seuls cas où il est absolument nécessaire, pour la conservation de la mère, d'empêcher la stagnation ou l'accumulation du liquide.

La suture de la plaie abdominale présente toujours une grande importance. Dans le cas de grossesse, il faut se rappeler qu'il y a encore une tumeur, l'utérus gravide, qui peut presser contre la paroi abdominale, surtout pendant le travail, et que par conséquent la réunion peut se trouver menacée. Nous avons cité le cas curieux de Van Wahl : la plaie abdominale suturée se

rouvrit, les intestins sortirent, on lava, réduisit les intestins, on sutura de nouveau ; la femme guérit et alla à terme. Thornton, après avoir enlevé un fil sur deux le cinquième jour, vit aussi la blessure s'ouvrir et un utérus de sept mois se montrer à la plaie ; il sutura ; peu après, l'accouchement prématuré eut lieu. Il semble donc qu'il y ait lieu de faire comme l'indique Heiberg, comme l'ont fait Spencer Wells (9e obs.), Howitz, une quantité de sutures profondes et superficielles.

Le pansement antiseptique sera fait ensuite de la façon habituelle. On place quelquefois une vessie de glace sur l'abdomen pour prévenir l'inflammation, c'est ce que firent pendant la grossesse Schrœder, Péan, Baum, Von Wahl. Les opérées de Péan et de Baum avortèrent, celle de Schrœder commençait à ressentir des douleurs ; on enleva la glace. Connaissant l'influence du froid sur la contractilité utérine, on doit craindre l'application de ce moyen chez la femme enceinte.

L'administration d'opium, pour calmer les intestins et pour prévenir les contractions utérines, est d'une utilité incontestable.

Heiberg conseille de faire garder le lit aux opérées pendant plusieurs semaines : c'est une prudente précaution. Il est cependant signalé que des opérées se sont levées le huitième jour, le onzième.

TRAITEMENT PENDANT L'ACCOUCHEMENT.

Quelle est la ligne de conduite à suivre pendant un accouchement, lorsqu'il existe un kyste de l'ovaire situé dans la cavité abdominale? Nous aurons peu à dire puisque nous savons que l'accouchement s'accomplit le plus souvent par les seules forces de la nature.

La tumeur ne semble pas prédisposer, ou très rarement, aux présentations vicieuses. Le travail s'accomplira donc comme dans les cas normaux. On se bornera à surveiller, à suivre la marche de l'accouchement; le plus souvent ce sera le seul rôle du médecin. Les troubles de l'accouchement qui pourraient se produire ici comme dans tout autre accouchement demanderont le traitement qu'il est indiqué de faire en toute autre circonstance : nous n'avons pas à nous étendre sur les troubles de la circulation fœtale, etc.; nous sortirions de notre sujet. Nous renvoyons à ce qui est dit dans les *Traités d'obstétricie*, sur la conduite à suivre dans les accouchements.

Nous devons cependant rappeler que selon M. le professeur Stoltz, les accouchements semblent plus douloureux, en raison de la compression du kyste par les contractions abdominales. Cette compression d'ailleurs exposerait, si elle durait trop longtemps, le kyste à des contusions qui pourraient être suivies d'inflammation pendant la puerpéralité. On ne laissera donc pas la femme s'épuiser en vains efforts, si quelque obstacle (résistance du périnée, etc.), un certain degré d'inertie ralentissent la dernière partie du travail. Il vaudrait mieux recourir assez tôt à l'emploi du forceps; cette opération en soustrayant la femme à des douleurs inutiles pourrait en même temps prévenir les accidents de la puerpéralité.

B. — KYSTE DE L'OVAIRE OBSTRUANT LE PETIT BASSIN.

TRAITEMENT PENDANT LA GESTATION.

Les petites tumeurs de l'ovaire se placent, avons-nous dit, le plus souvent dans la fosse de Douglas; à mesure qu'elles grossissent elles s'élèvent au-dessus du détroit supérieur pour devenir abdominales.

En étudiant l'action de l'utérus gravide sur ces petites tumeurs kystiques, nous avons montré que l'utérus en s'hypertrophiant, en se développant dans l'aire du pelvis devait chasser une tumeur mobile placée dans la fosse de Douglas. Mais existait-il des adhérences, l'utérus était-il dévié par l'enclavement du kyste, il pouvait se faire que la tumeur restât dans l'excavation.

Une tumeur ainsi située produit peu de malaises pendant la grossesse, on a noté cependant de fortes douleurs sacrées qui ont amené les malades vers le médecin. Mais c'est surtout pendant l'accouchement que ces tumeurs jouent un rôle excessivement important, puisqu'elles rétrécissent le détroit supérieur ou l'aire pelvienne. Elles sont donc cause de dystocie. Nous avons, au chapitre de l'accouchement, étudié par quels moyens la nature pouvait surmonter cet obstacle, mais l'analyse des observations nous a montré que l'intervention médicale était très souvent nécessaire. Une tumeur kystique pelvienne est une complication sérieuse du travail et l'obstacle est-il surmonté, tout danger n'est pas encore écarté; car pendant l'accouchement le kyste a été exposé à toutes sortes de contusions, à des déchirures; une inflammation, sa suppuration, une péritonite consécutive viendront souvent consécutivement compliquer les suites de couches.

Il est donc utile de rechercher ce qu'il faut faire contre cette

complication du travail. Peut-on prévenir les difficultés du travail, c'est-à-dire doit-on faire un traitement pendant la grossesse? C'est ce que nous devrons examiner avant d'arriver à la question de l'intervention médicale pendant le travail.

L'utérus en augmentant de volume, en s'élevant au-dessus du petit bassin corrige très souvent les inconvénients qui résultent du petit volume d'un kyste en le soulevant, et en le repoussant hors du bassin. Pendant le travail, la nature peut encore venir à bout de la difficulté, quand la tête finit par déloger la tumeur et par s'engager définitivement dans les voies de l'accouchement qui sont désobstruées. Le médecin ne peut-il pas pendant la grossesse imiter la nature, en repoussant une tumeur enclavée dans l'excavation? Cette indication a été saisie par des accoucheurs qui ont pu reconnaître pendant la grossesse la présence d'une tumeur dans le pelvis.

Refoulement de la tumeur ou réduction. — C'est donc une opération par laquelle on essaie par des pressions exercées, soit par le vagin ou le rectum, de faire remonter dans l'abdomen une tumeur située dans le pelvis. C'est une opération que le médecin sera appelé très rarement à pratiquer, parce qu'il n'est souvent appelé qu'au moment du travail, quand l'accouchement ne se fait pas, et très rarement pendant le cours de la gestation. Cependant Granville put refouler une tumeur ovarienne hors de l'excavation à la fin de la grossesse; l'accouchement fut normal; l'enfant naquit vivant (*Lancet*, 1849, t. II, p. 630).

Observation XXIII.

Le Dr Granville donne communication d'une tumeur d'ovaire observée par lui, chez une femme dont la grossesse était très avancée. Il réussit à refouler la tumeur au-dessus du bassin, il la maintint au moyen d'un bandage. Après la naissance de l'enfant, on enleva le bandage et la tumeur garda toujours la place où elle s'était fixée. Trois semaines après ses

couches, la femme revint demander conseil au médecin. On constata que la tumeur était saillante, il y avait de la rougeur et de la fluctuation. Au bout de deux jours, le gonflement disparut, une grande quantité de pus s'échappait par une ouverture; issue d'un kyste dont la membrane d'enveloppe était épaisse. En remplissant cette poche d'eau, elle présentait le volume d'un fœtus à terme. Son ouverture avait le même diamètre que celle des parois abdominales par laquelle elle s'était échappée. Plusieurs petites tumeurs s'échappèrent après la grande, de couleur brune, denses et entières, ne contenant aucun fluide, et ne présentant aucun caractère des hydatides. Nous considérons le grand kyste comme la capsule-mère, et les plus petites comme des hydatides dont la vie avait été détruite et la texture modifiée par une inflammation aiguë. Le kyste-mère fut évacué en entier et ressemblait exactement à ceux qu'on extrait dans les cas de kystes hydatiques du foie.

Chadwick à la Société obstétricale d'Amérique, en 1880, a communiqué un cas de réduction d'une tumeur du volume d'une tête fœtale, au sixième mois de la grossesse. L'accouchement fut normal et à terme. Habit (1) essaya le refoulement pendant la grossesse chez une femme âgée de 23 ans, chez laquelle un kyste de l'ovaire élastique, ayant bien le volume du poing, situé entre le vagin et le rectum, avait déterminé de fortes douleurs sacrées. Vers le quatrième mois de la grossesse, il plaça la femme dans la position genu-pectorale et tenta inutilement la reposition. Une ponction de la tumeur donna deux pintes de liquide et mit fin aux inconvénients qu'elle causait. On ne retrouva plus la tumeur et l'accouchement se fit normalement, l'enfant étant en présentation du siège.

Cet observation de Habit est intéressante, elle nous montre, ainsi que celle de Granville, qu'on peut essayer cette méthode pendant la grossesse et cela sans inconvénients, pourvu que l'on ne déchire point le kyste par des manœuvres trop violentes. Elle nous montre, en outre, que l'on peut la faire suivre d'une autre opération qui a donné dans ce cas un excellent résultat, la ponction.

Nous pouvons conclure que la réduction est un procédé qui donne des succès pendant la grossesse. Elle devra donc être tentée comme premier moyen. Mais on devra se souvenir que

(1) *Wien. Zeitsch.*, Neue folge III, p. 660, 1860.

tout au début de la grossesse, l'utérus se charge souvent de soulever la tumeur ; ce n'est donc qu'à partir du quatrième ou cinquième mois qu'il faudra y recourir. Les manœuvres seront faites par le vagin ou par le rectum, un ou deux doigts repousseront la tumeur. On ne doit employer que peu de force, parce qu'il y aurait plus de risques à courir en déchirant la tumeur que de chances heureuses de résorption du liquide. Ceux qui ont pratiqué cette opération la disent douloureuse, aussi Braxton Hicks recommande-t-il la chloroformisation, quand on essaie cette manœuvre pendant le travail. Il va sans dire que cette recommandation peut être mise aussi en pratique pendant la gestation. Kidd, ayant obtenu un succès en employant pendant le travail comme moyen de réduction, un dilatateur de Barnes gonflé dans le rectum, recommande ce procédé. L'expérience pourra dire si c'est un moyen efficace, et s'il y a lieu de l'essayer pendant la grossesse. Si l'on est arrivé à refouler une tumeur, il faudra surveiller, peut-être maintenir la femme au lit pendant un certain temps. Une tumeur ainsi dégagée doit avoir peu de tendance à redescendre dans l'excavation, parce que l'utérus reprend sa position normale et ferme l'entrée du bassin. La tumeur tend-elle toujours à regagner sa place primitive, Heiberg considère alors ce fait comme une indication pour extirper la tumeur par la laparotomie.

Ponction par le vagin. — Nous avons cité tout à l'heure comme cas très heureux celui d'Habit. On a peu d'expérience touchant cette intervention opératoire pendant la grossesse. Les faits signalés sont très rares. Kob (1) ponctionna au neuvième mois par le vagin une tumeur en même temps abdominale et pelvienne, en raison d'une grande gêne de la respiration. Cela ne fut point suffisant, il fallut agir de même du côté de la paroi abdominale.

Neumann, cité par Treille (p. 58), fit aussi une ponction par le vagin avant le début du travail.

Les faits sont trop peu nombreux pour que l'on puisse se pro-

(1) *Berl. Beiträge zur Geburtsh. und Gyn.*, Bd. II, 1873, p. 99.

noncer sur la valeur de cette opération. Est-il utile d'évacuer le liquide quelque temps avant l'accouchement, afin que, au moment du travail, le kyste soit diminué de volume en même temps que le petit traumatisme ainsi causé soit réparé avant l'accouchement? A priori, enlever l'obstacle avant le travail semble rationnel, puisque c'est prévenir les contusions, les déchirures du kyste au moment du travail, c'est mettre la femme à l'abri des dangers d'une plaie profonde qui peut résulter de la déchirure du kyste ou de l'intervention médicale. Il est possible qu'une ponction pratiquée pendant la gestation soit utile, pour deux motifs : elle peut réduire la tumeur et préparer les voies libres à l'accouchement, ensuite elle peut nous renseigner sur les obstacles plus ou moins insurmontables qui surgiront au moment du travail. Elle pourrait donc nous engager à intervenir en temps opportun, afin d'écarter le corps qui devra produire des difficultés ultérieurement. Aussi, pensons-nous, que dans les cas où la réduction n'a pas réussi, on est autorisé à faire une ponction capillaire en s'entourant de toutes les précautions nécessaires; les résultats éclaireront de toute façon l'accoucheur.

C'est qu'en effet, on peut se demander si, en présence d'un rétrécissement du bassin de cette nature, il n'est pas préférable de provoquer l'expulsion du produit de la conception pendant que son volume faible lui permet encore de franchir la filière rétrécie.

Avortement et accouchement prématurés artificiels. — Nous nous sommes déjà arrêté sur cette méthode de traitement recommandée, soit d'une manière générale, soit pour les kystes logés dans la cavité abdominale. Nous n'avons donc plus à nous en occuper que pour les cas de tumeur pelvienne.

On ne peut, à notre avis, pas plus ici que précédemment en faire une méthode absolue : il est certain que les difficultés sont plus grandes dans ce cas particulier; mais, il y a à distinguer parmi les cas. Le médecin appelé à examiner pendant la grossesse (et cela est rare), s'il trouve une tumeur ovarienne dans le pelvis, pourra encore, ou s'attaquer à la grossesse, ou s'attaquer au kyste. Comme, en principe, l'accoucheur doit chercher à sauver

les deux existences, il devra donc s'adresser au kyste. Pour nous, des manœuvres prudentes de refoulement, une ponction exploratrice doivent toujours être tentées avant de faire quoi que soit. On peut obtenir un dégagement, une désobstruction de la filière pelvienne. La ponction a-t-elle réussi, elle pourrait être répétée si besoin était. Voilà une série de faits dans lesquels le refoulement ou une ponction heureuse permettront d'attendre le terme de la grossesse. Mais ces manœuvres ont-elles échoué, que reste-t-il à faire? Il resterait à choisir entre trois choses : *a.* la provocation du travail ; *b.* l'incision large du kyste ou son extirpation ; *c.* attendre le terme et se conduire comme il est indiqué de le faire en présence des difficultés qui s'y montrent (traitement qui est étudié plus loin, p. 188).

La provocation du travail peut se faire à différents temps de la gravidité. Dans les six premiers mois, c'est un avortement qu'on provoque ; dans les trois derniers mois, c'est un accouchement prématuré.

L'un et l'autre peuvent-ils rendre également des services ? Il y a une différence importante entre l'accouchement prématuré et l'avortement : l'un donne un enfant viable, l'autre sacrifie l'enfant. On peut en inférer que chaque fois qu'on peut attendre le moment de la viabilité fœtale, on doit le faire.

Peut-on donc compter sur l'accouchement prématuré artificiel dans les cas ou le bassin est obstrué par une tumeur irréductible? Si nous interrogeons les auteurs à ce sujet, nous ne trouvons pas de réponses bien nettes sur l'accouchement prématuré, parce que la plupart étudient cette méthode de traitement pour tous les cas sans distinguer, dans leurs conclusions, les différences cliniques : Ashwell (1) a déjà, en 1877, étudié cette question de l'accouchement provoqué pour les tumeurs intrapelviennes. Stadfeldt se prononce en sa faveur, quand la réduction et la ponction ne peuvent agir contre le rétrécissement pelvien. Olshausen (2) réserve l'interruption de la gestation pour les cas où l'extirpation n'est pas possible et quand on ne peut conseiller la ponction.

(1) *Die Krankheiten der Ovarien.*
(2) *Gaz. méd. de Paris,* 1837.

Cette opération est encore admise par Heiberg, Charpentier, par Treille (mais comme étant très rarement indiquée); Naegele et Grenser (1) estiment que pour les tumeurs, l'indication est difficile à établir. Ce mode d'intervention a été considéré par Sp. Wells comme sacrifiant inutilement l'enfant et n'écartant point les risques ni les dangers courus par la mère.

Je pense, qu'en réalité, l'accouchement prématuré a été rarement pratiqué pour des rétrécissements du bassin causés par des tumeurs de l'ovaire. Nous avions déjà fait cette remarque pour les tumeurs ovariennes abdominales; elle est encore plus fondée pour ces tumeurs pelviennes, parce qu'elles ne sont généralement reconnues que pendant le travail.

Je citerai une observation où ce moyen a réussi; c'est une observation que Ebell a communiquée à la séance du 12 février 1878, à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin (2).

Observation XXIV (résumée).

M. Ebell a provoqué l'accouchement artificiel dans un cas de ce genre. Il y avait un kyste dermoïde à gauche, dans le petit bassin. La tête restait élevée en première position du crâne. On avait fait des essais répétés de refoulement pendant la narcose chloroformique, appliqué le colpeurynter pendant longtemps, fait la ponction de la tumeur. Expression d'un enfant vivant. La mère alla bien pendant les premiers jours, puis survint de la fièvre. On fit le drainage par la cloison postérieure. Guérison.

Williamson (3) a obtenu aussi un succès, la tumeur volumineuse occupait la cavité abdominale et rétrécissait en même temps le détroit supérieur.

Mais le succès n'a pas toujours suivi l'opération : Lynch (Lancet, 1851, t. II, p. 553) a provoqué l'accouchement prématuré artificiel pour une tumeur de l'ovaire. La craniotomie fut nécessaire. Hunt (Lancet, 1846) fit la même opération en raison de la longueur et des difficultés du travail dans quatre accouchements consécutifs. La mère vécut, le sort de l'enfant est inconnu.

(1) *Traité d'acc.*, traduction française par Aubenas, 2e éd., 1880, p. 583.
(2) *Berlin. klin. Wochens.*, 1878, p. 275.
(3) *Lancet*, 1866.

Selon notre sentiment, on ne peut pas trop compter sur cette opération, parce que si les tumeurs sont irréductibles, surtout si elles sont dermoïdes (nous savons qu'elles sont fréquentes), les voies de l'accouchement seront encore trop étroites pour laisser passer un fœtus de 7 à 8 mois; il faudra recourir à la réduction du volume de l'enfant, par conséquent le but qu'on se proposait ne sera pas atteint. Si la ponction et l'incision peuvent réussir, il est probable qu'au moment de l'accouchement à terme, ces opérations auraient fourni le même succès.

Mais avec une tumeur d'un certain volume dont on ne peut évacuer le contenu, qu'il est impossible de refouler, les difficultés seront presque aussi grandes qu'à terme. Il est vrai que la tête fœtale présente des diamètres moindres, une réductibilité plus grande; mais si la filière est bien rétrécie, le passage de l'enfant, s'il n'est pas impossible, pourra être long, et l'enfant court beaucoup de chances de mourir.

On peut appliquer aux tumeurs de l'ovaire cette phrase de M. le professeur Tarnier (1), phrase qui se rapporte aux fibromes, lorsqu'ils présentent ceci de commun avec les tumeurs ovariques, qu'ils obstruent la filière pelvienne : « Pour qu'un fibrome puisse devenir un obstacle sérieux à l'accouchement, il faut qu'il soit descendu dans l'excavation ou, du moins dans l'ouverture du détroit supérieur. Il faut de plus qu'il ait un certain volume, que j'estime très arbitrairement, je l'avoue, à celui d'un œuf de poule. » Un kyste dur, du volume du poing, et c'est la mesure qui est le plus souvent indiquée, devra donc compromettre bien souvent la vie du fœtus. C'est donc à la suite d'un examen très minutieux du degré de perméabilité du bassin, du degré de réductibilité de la tumeur, qu'on pourra compter dans certains cas sur un succès avec l'accouchement prématuré ; il faut qu'il n'existe pas une trop grande disproportion entre les diamètres de la filière et ceux de la tête fœtale.

Après ce que nous venons de dire, on peut se demander si quelquefois il ne serait pas plus avantageux de provoquer le travail beaucoup plus tôt, c'est-à-dire provoquer l'avortement.

(1) *Société de chirurgie*, 1868-1869.

On ne peut admettre en principe l'interruption du cours d'une grossesse compliquée de kyste ovarique. Mais, si la tumeur constitue dans quelques cas une véritable angustie pelvienne, la question de l'avortement provoqué peut se poser ici, comme dans le cas où il s'agit de vices de conformation du bassin osseux. Certains cas, en effet, peuvent être considérés comme formant un rétrécissement *immuable*, et la solution que l'on accepte pour les bassins viciés, peut dans ces cas seuls, être admise.

Lorsqu'un vice de conformation a nécessité aux accouchements précédents la réduction du volume des fœtus, et qu'un accouchement prématuré ne peut pas donner un enfant vivant, il ne reste plus qu'à choisir entre l'avortement provoqué et l'opération césarienne, faite au moment de l'accouchement à terme. La plupart des médecins n'hésitent pas à donner la préférence à l'avortement provoqué. Comme on le voit, dans quelques cas de tumeurs ovariennes, lorsqu'elles ont rendu des accouchements antérieurs impossibles, lorsqu'il a fallu recourir à la réduction du volume de l'enfant, on agira comme on le ferait pour un bassin très rétréci. Treille (1) s'en est déclaré partisan, le considérant comme un traitement qui doit dominer tous les autres. Il en étend beaucoup trop les indications lorsqu'il dit : « s'il est des accouchements heureux chez une femme affectée de tumeur ovarique, c'est l'exception, tous les moyens.... refoulement, ponctions, forceps, etc., exposent à des dangers évidents et n'atteignent que quelquefois leur but.... Si nous voulons guérir cette mère, nous devons au plus tôt la débarrasser de son fœtus, qui a si peu de chances de salut et dont le développement va presque sûrement la faire succomber ou rendre incurable sa tumeur ovarique. Les cas dans lesquels on laissera la malade arriver à terme sont rares. » On ne pourrait accepter d'une façon aussi étendue l'avortement provoqué, que le fait Treille. Il ne pourrait être accepté que dans le cas où aucune reductibilité de la tumeur n'est possible ; il y a alors un rétrécissement immuable.

(1) *Loc. cit.*, p. 66.

Incision et ovariotomie. — Nous ne possédons pas d'exemple d'incision du kyste pratiquée pendant la grossesse. Au sujet de l'ovariotomie vaginale, Heiberg s'exprime ainsi : « Il me semble plus rationel d'essayer l'ovariotomie vaginale, autant que possible dans les derniers mois de la gravidité, que d'interrompre le cours de la gestation ; car les dangers pour le fœtus seront à peine plus grands, quand même l'opération aurait causé l'interruption de la gravidité. Il en sera de même aussi pour la mère par le fait d'une ovariotomie, du moins à en juger par les résultats des laparotomies, les dangers ne sont pas plus grands pendant la grossesse qu'en dehors de cet état. » Nous ne faisons qu'enregistrer cette opinion de l'assistant du professeur Howitz, n'ayant aucun fait pour en contrôler la valeur.

L'ovariotomie par la voie abdominale, ne pourrait guère se pratiquer que pendant les quatre premiers mois, parce que plus tard le développement de l'organe utérin rendrait difficile l'accès de la fosse de Douglas.

Si cette opération était praticable, ce serait certainement le meilleur traitement des tumeurs ovariques descendues dans l'excavation, car les dangers de l'ovariotomie nous semblent inférieurs à ceux que causent les tumeurs déterminant une angustie pelvienne. Nous rapporterons comme exemple d'ovariotomie, pratiquée pour une tumeur kystique dont une partie occupait le petit bassin, une observation de Schrœder (1). Malheureusement un avortement survint sept semaines après l'opération.

Observation XXV.

Femme E..., 34 ans, a déjà eu quatre couches, la dernière il y a six ans. D'après son médecin traitant, elle aurait eu une péritonite, il y a quatre ans, et l'on découvrit alors une tumeur que l'on crut être ovarienne, et plus tard un myôme utérin.

Les règles ont disparu depuis quatre mois et, depuis, la tumeur a beaucoup augmenté. Elle a été sondée après la disparition des règles.

Le 16 janvier 1880, on lui donne du chloroforme. Dans l'abdomen, on

(1) *Zeitschrift f. Geburtsh. und Gyn.*, Bd. V, Hft. 2, p. 385, et thèse de Cayla, p. 35.

trouve une tumeur grosse, en partie élastique, qui dépasse l'ombilic d'un travers de main et un peu à droite. A sa gauche et latéralement, et séparée par une anse intestinale, se trouve une autre tumeur molle, de la consistance d'un utérus gravide. La portion vaginale du col est très haute, à gauche et en arrière de la symphyse. Dans le cul-de-sac postérieur du vagin, on sent une tumeur grosse, élastique, qui semble être l'utérus gravide rétrofléchi. A un examen plus attentif, on reconnaît une tumeur kystique qui se relie au côté droit de l'utérus par un pédicule court, très tendu. Au-dessus de ce kyste, on sent une autre tumeur élastique.

Dix jours après, nouvel examen. La grosse tumeur du côté droit a notablement augmenté, et presse à droite le plancher costal. Tout le reste, comme auparavant.

L'importance de cette découverte était très grave. D'abord, était-il certain que la tumeur, située du côté gauche, à consistance caractéristique, se continuant avec le col, et séparée de la tumeur droite, était l'utérus gravide ?

Mais qu'étaient ces tumeurs, situées à droite de l'utérus ? Si celle qui était dans le petit bassin était un kyste, la plus grosse, qui était aussi à droite, devait être un fibro-kyste ? Nous verrons que cette idée était erronnée.

Que faire ? La distension du ventre, à l'époque moyenne de la grossesse, était telle qu'il ne fallait pas songer à arriver au tissus sans accidents. Il surviendrait quelque chose dans les semaines suivantes. La malade avait peu de goût pour un avortement qui aurait fait périr l'enfant, sans lui enlever ses tumeurs.

La ponction n'aurait procuré qu'un soulagement passager.

Enfin, je conclus à la laparotomie. Elle fut exécutée le 21 janvier 1880. A la section, on ne peut trouver nulle part de limite entre le péritoine et la paroi tumorale, et on dut alors prolonger la section jusqu'à la partie supérieure, c'est-à-dire au niveau de l'appendice xiphoïde. Ici encore, il y avait quelques adhérences si intimes que, en cherchant à les diviser, le kyste fut ouvert et il s'écoula un liquide onctueux (détritus et cristaux de cholestérine). La tumeur est adhérente dans toute son énorme périphérie ; nulle part on ne trouve de place libre. Décortication difficile. Nombreuses ligatures. On ne trouve pas de pédicule particulier. Les pseudo-membranes de la tumeur s'étendent sur le bord droit et jusque sur la partie droite de la surface utérine.

Après cette décortication difficile, *on voit que la tumeur du petit bassin forme une partie d'une tumeur à quatre compartiments, qui correspond à l'ovaire gauche. Elle est tournée autour de l'utérus et embrasse tout son bord droit.* A l'examen, on avait eu l'impression d'un pédicule qui n'existait pas à droite, mais seulement à gauche. La tumeur est facilement limitée, et l'opération marche assez bien, sauf que les parois abdominales, maintenant trop vastes, perdent beaucoup de sang par les surfaces arrachées

de la tumeur. Alors, je forme un pli qui comprend les surfaces saignantes, et la base de ce pli est réunie par un fil la traversant de gauche à droite, puis de droite à gauche, et on lie les deux bouts à gauche. L'espace abdominal est ainsi diminué, et les surfaces saignantes sont étanchées par la compression.

Convalescence normale; une parotidite survenue ne trouble pas son cours.

Dans la nuit du 19 au 20 mars 1880, c'est-à-dire sept semaines après l'opération, avortement d'un fœtus vivant qui mourut bientôt. Suites de couches normales, mais elle perdit continuellement un peu de sang, si bien que le onzième jour on explore la cavité utérine. De plus, il y avait des symptômes de septicémie. Aussitôt après l'emploi des désinfectants, convalescence, mais on la maintient au lit.

Dans ce cas intéressant, il s'agissait donc d'une tumeur ovarienne droite, ayant par suite de torsion occasionné une péritonite quatre ans auparavant. Le pédicule s'était arraché, mais il s'était fait des adhérences tout autour. L'ovaire gauche s'était aussi transformé en tumeur que le défaut d'espace avait transformé en tumeur à quatre lobes. Malgré ces deux tumeurs, la grossesse s'était produite (le corps jaune était à la base de la tumeur quadrilobée) et l'utérus s'était développé dans tous les sens possibles, à gauche et en arrière, de sorte que la tumeur gauche avait été reportée vers la droite.

Rosenthal est entré dans la même voie. Il fit aussi l'ovariotomie pendant la grossesse : dans ce cas, le col se continuait avec une tumeur qui englobait l'utérus.

Observation XXVI. (Rosenthal, *Central. für Gynäk.*, 1885, p. 92, et *Charité-Annalen*, Jahrg., IX.)

Une laparotomie pendant la grossesse.

Cette opération fut indiquée par de forts malaises dus à une tumeur abdominale, qui fut constatée chez une femme de 30 ans, accouchée quatre fois et enceinte à ce moment au quatrième mois. Cette tumeur ne fut remarquée que depuis deux ans, pendant un avortement, et a eu deux phases de développement rapide qui coïncidèrent exactement avec la dernière grossesse et la grossesse actuelle ; dans l'intervalle de ces grossesses il y eut un arrêt de développement.

Abdomen très développé ; on y sent par la paroi abdominale une tumeur élastique, tendue, qui s'étend depuis la symphyse jusqu'à la région épigastrique, occupe complètement le côté gauche du ventre et dépasse la ligne blanche de cinq travers de doigt environ. La surface est inégale

bosselée. Mobilité légère. On ne peut constater par la palpation aucune tumeur qui soit due à un utérus gravide de quatre mois.

Par l'exploration interne, on ne peut sentir le fond de l'utérus. On put constater que le col se continuait avec une tumeur mollasse, dans laquelle parut se trouver une tumeur petite, et qui semblait se diriger transversalement sous la grosse tumeur. On ne put délimiter exactement les deux tumeurs l'une par rapport à l'autre ; il n'y avait cependant aucun doute que la petite tumeur molle était l'utérus gravide, et la grande, tendue, élastique, une tumeur ovarique.

L'ovariotomie, pratiquée le 27 septembre, ne présenta rien de particulier. On put constater que l'utérus, de la forme d'une outre, et mou, à parois riches en vaisseaux, était situé au-dessous de la tumeur ovarique, qui était d'un blanc grisâtre, et que probablement sa forme était due à la pression que la tumeur exerçait sur lui. Après l'extirpation de la tumeur, l'utérus reprit sous les yeux des opérateurs sa forme piriforme.

La guérison ne fut pas troublée ; seulement, le dix-neuvième jour après l'opération, il y eut avortement, probablement dû à la brièveté du pédicule et aux tiraillements exercés par suite sur l'utérus gravide. Le détachement de l'œuf, comme l'indiquaient les douleurs dans les premiers jours après l'opération, avait commencé immédiatement après celle-ci, et l'œuf, déjà détaché, était resté depuis longtemps dans l'utérus.

Dans ces deux cas, il y eut avortement, mais dans celui de Schrœder où il n'est survenu que sept semaines après, on peut mettre en doute l'action de l'ovariotomie.

Voici encore cinq cas de tumeurs kystiques de ce genre :

Schauta. (Voir observation VI, p. 52).—Rupture dans deux accouchements. Guérison.

Fischel. (Voir observation XIII, p. 93).—Rupture dans un accouchement. Guérison.

Williamson. (*Lancet*, 1866.) — Accouchement prématuré artificiel. Guérison. L'enfant vécut douze heures.

Kob. (*Berl. Beitr. z. Gebh. und Gyn.*, 1873.) — Ponction. Pendant le travail, incision inutile. Opération césarienne. Mort.

Hein. (*Berl. Beitr. z. Gebh. und. Gyn.*, 1872.) — Ponction par la paroi abdominale, avec drainage. Accouchement naturel.

Nous pourrions encore ajouter un cas de Lahs (*Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 237), seulement c'était un cysto-sarcome, très fluctuant,

qui obstruait le bassin : Lahs, à un accouchement à 7 mois, fit l'opération césarienne. La mère mourut.

Il semble que, dans des cas de kystes de ce genre, abdominaux et pelviens, l'ovariotomie rendrait un véritable service, car nous avons là une source de malaises pendant la grossesse (la malade de Hein avait de la gène respiratoire, de l'œdème, un développement colossal de l'abdomen, la malade de Kob avait une respiration aussi très gênée) et de difficultés et de dangers pendant l'accouchement (rupture, opération césarienne, etc.).

TRAITEMENT PENDANT LE TRAVAIL

Ce n'est souvent, comme nous l'avons déjà dit, qu'au moment du travail, que le médecin est appelé à intervenir pour une tumeur kystique ovarienne, obturant plus ou moins les voies de l'accouchement.

Nous avons déjà dit que l'attention devait être tout particulièrement éveillée au sujet du diagnostic, parce qu'on peut très facilement se tromper sur la nature de la tumeur pelvienne. Sous l'influence de la pression que supportent les kystes pendant le travail, l'excès de tension leur donne une consistance telle, qu'on a pu les confondre avec des tumeurs solides du bassin ou des parties molles. C'est un point sur lequel Cazeaux a bien insisté (p. 625); les kystes dermoïdes donneront, on le comprend, très facilement au toucher, cette sensation de dureté.

Il faut se souvenir de ce fait, d'autant plus que neuf fois sur dix, une tumeur de l'ovaire est un kyste ; il est aussi des tumeurs kystiques, d'origine non ovarienne, pouvant siéger au même point, et présenter pendant les contractions la même consistance, la même dureté. C'est dans l'intervalle des contractions qu'il faudra vérifier ; les kystes, à ce moment, reprennent souvent leur mollesse et leur fluctuation.

Le diagnostic étant posé aussi rigoureusement que possible, on pourra diriger une thérapeutique rationnelle.

C'est une véritable complication dangereuse pendant le travail. Nous n'avons, pour le démontrer, qu'à rappeler les chiffres :

Sur 73 observations de femmes chez lesquelles une tumeur kystique de l'ovaire diminuait l'aire pelvienne,

on note que ces 74 femmes

ont eu 89 grossesses,

et que seulement 27 fois l'accouchement se termine naturellement sans intervention médicale, ce qui ne donne en somme qu'un accouchement spontané pour deux ou trois demandant une opération plus ou moins dangereuse.

Observer l'effet des contractions utérines, dégager les voies de l'accouchement, et s'y l'on n'y arrive, agir comme en présence d'un rétrécissement du bassin : telles sont les grandes indications que l'on a à remplir.

Il faut donc, avant toutes choses, observer le travail pendant un certain temps, s'assurer de ce que peut faire la contraction utérine, autrement dit, il faut toujours commencer par l'expectation, mais on ne perdra pas son temps ; si on remarque que la tumeur n'a pas de tendance à se laisser déplacer par la partie fœtale ou à se laisser aplatir plus ou moins, on ne laissera pas plus de temps, qu'il est sage de le faire, la partie fœtale comprimer, meurtrir le kyste ; il vaudra mieux essayer de le soustraire à toutes ces causes d'inflammation ou de rupture.

On doit faire ce que l'on peut pour permettre au fœtus de descendre dans l'excavation. Pour cela nous retrouvons trois opérations que nous avons déjà signalées : le refoulement, la ponction, l'incision. Ce que nous avons dit sur elles au sujet de l'intervention pendant la grossesse nous permet de dire de suite qu'on doit les employer l'une après l'autre en commençant toujours par le refoulement qui, fait avec prudence, produit le moins de délabrement.

Refoulement de la tumeur pendant le travail. — Sur les 74 femmes on note 21 fois refoulement avec succès, tandis qu'il n'y a que 10 insuccès signalés, cela tient probablement à ce qu'on ne signale pas toujours une tentative inutile, pour indiquer spécialement le procédé qui a réussi. Si nous ne tenons compte que des cas heureux, nous voyons donc qu'une fois sur trois accouchements ce moyen a réussi et a pu alors permettre à l'enfant de s'engager à travers le pelvis soit spontanément, soit sous l'influence des tractions. Ces chiffres sont donc tout à fait encourageants et c'est au refoulement qu'il faut s'adresser en tout premier lieu, puisqu'il peut suffire à lui seul pour permettre un accouchement heureux.

Cette opération est recommandée par tous ceux qui ont écrit sur ce sujet, dans tous les traités classiques : nous n'avons pas trouvé une note discordante. Nous pourrions citer quantité de

noms tels que : Baudelocque, Mme Lachapelle, Velpeau, Jacquemier, Joulin, Cazeaux, Chevalier, Nægele et Grenser, Schrœder, Charpentier, Kœberlé, Burns, Nolting, Bruntzel, Treille, Doumairon, Olshausen, Heiberg, Lomer, etc.

Nous pourrions citer un grand nombre de cas où cette opération a été tentée avec succès.

Nous citerons un exemple qui a été publié récemment. Nous avons déjà rapporté un cas de Lomer, où le refoulement a réussi et pendant le travail et pendant la délivrance.

Voici le cas publié par Toporsky (Thèse de Breslau, 1884).

Observation XXVII.

Caroline M..., 37 ans, paysanne, primipare, avait été auparavant très bien portante. Premières règles à 18 ans. Depuis, bien réglée toutes les quatre semaines, fortement pendant huit jours, sans douleurs. Dernière époque, fin décembre 1882. Ni avant, ni après la grossesse, la femme n'a ressenti aucun trouble dans le bas-ventre. Début des douleurs le 22 septembre 1883 ; même jour, rupture des membranes. Comme l'accouchement n'avançait pas, la sage-femme fit chercher un médecin qui, en raison d'un rétrécissement considérable du bassin, considéra l'accouchement comme impossible par les voies naturelles et envoya la parturiente à la clinique de Breslau pour y subir l'opération césarienne. L'examen de la femme, fait le 1er octobre 1883, à 10 heures du soir, donna les renseignements suivants :

État actuel. — Personne grosse et grande, bien bâtie, avec organes thoraciques sains. Abdomen distendu à peu près comme à la fin de la grossesse, parois abdominales tendues. Utérus vide d'eau, sur la ligne médiane, le fond est situé à trois travers de doigt au-dessous de l'épigastre. Dans le fond on sent extérieurement à droite, le siège, et à gauche de petites parties. Pouls fœtal à gauche, tête mobile au niveau du détroit supérieur. Entrée du vagin assez large. Vagin spacieux, ramolli. Dans la région de l'épine ischiatique gauche, on tombe sur une tumeur plus grosse que le poing d'un adulte, qui remplit la moitié gauche du bassin. Sa surface est lisse, sa consistance osseuse ; elle ne se laisse pas déplacer à sa base. Portion vaginale du col entièrement effacée, et déplacée par la tumeur en haut et vers la symphyse. L'orifice laisse passer le bout du doigt, la pelvimétrie interne donne des diamètres normaux. Comme il n'y avait pas de douleurs, on attendit.

Le 2 octobre, le matin à 9 heures, la femme fut chloroformée. L'exa-

men démontra que la tumeur a une consistance tendue, élastique sous la pression abdominale et se laissant facilement déplacer. Le diagnostic fut : kyste ovarique incarcéré dans le bassin, et on résolut de faire immédiatement le refoulement de la tumeur. Pour cela, la tête fut déplacée à droite par un aide du côté de l'extérieur et fixée. L'opérateur introduisit toute la main dans le vagin et repoussa avec une pression modérée la tumeur hors du petit bassin dans la cavité abdominale. Bientôt la tête s'engagea. Les douleurs furent, pendant toute la journée, très faibles, peu fréquentes, si bien que la dilatation du col ne fit aucun progrès. Le soir, il ne permettait encore que l'introduction d'un doigt. Pendant la nuit, les douleurs augmentèrent de fréquence et d'intensité et le 3 octobre au matin, le col laissait passer deux doigts. Dans le courant de l'après-midi, les contractions devinrent très énergiques et le soir à 7 heures, la tête se trouvait sur le plancher du bassin. On sentait le menton un peu à gauche sous la symphyse. Comme la parturiente, épuisée par la longue durée de l'accouchement, ne venait pas en aide aux contractions utérines en poussant, le passage de la tête tardait à se faire. Aussi, comme il y avait un œdème des parties génitales externes, on appliqua à 7 heures trois quarts le forceps et la tête fut extraite facilement. Le périnée resta intact, seulement il y avait sur la muqueuse de l'entrée des voies génitales de nombreuses éraillures et blessures qui, après le lavage du vagin, furent saupoudrées d'iodoforme. L'enfant, né en deuxième position de la face, du sexe féminin, vécut et avait un poids et volume normaux. Le délivre était complet et fut expulsé 15 minutes après la sortie de l'enfant, sous l'influence d'une pression légère.

La puerpéralité fut accompagnée d'une fièvre modérée, conséquence d'une paramétrite légère double qui fut traitée par des injections vaginales et des cataplasmes sur le ventre. Le quinzième jour de la puerpéralité, la malade est considérée comme guérie, l'utérus régresse bien, est comme le poing, de petit volume, indolore ; le parametrium sans dureté ni sensibilité à la pression. Par l'exploration combinée, on constate à gauche, à côté de l'utérus, une tumeur du poing, mobile, élastique ; surface plane, indolore. L'enfant est bien portant, élevé par alimentation artificielle, par suite de l'insuffisance de sécrétion lactée de la mère.

Comme on le voit, c'est un exemple de refoulement suivi de succès ; l'application du forceps fut indiquée par l'état de fatigue de la femme ; il ne s'agissait plus alors d'angustie pelvienne.

La méthode a souvent mis fin à des situations qui menaçaient de devenir très sérieuses. Baudelocque, Ingleby étaient sur le point de faire l'opération césarienne quand le refoulement réussit.

Le refoulement peut être suivi d'une autre opération dans le cas où on a lieu de redouter de voir la tumeur redescendre et barrer de nouveau les voies, Baudelocque put refouler la tumeur, puis achever l'accouchement par la version. Athill, après avoir réussi à repousser la tumeur pendant le sommeil anesthésique, amena un enfant vivant par le forceps.

C'est une opération assez douloureuse comme nous l'avons déjà indiqué.

Quelles sont les méthodes qu'ont employées généralement les accoucheurs pour arriver à ce but ?

Ils ont commencé le plus souvent par faire prendre à la femme la *position dite genu-pectorale*, dans le but d'éloigner autant que possible l'utérus du détroit supérieur et de ménager une voie pour le passage du kyste. Alors, avec un ou deux doigts, quelquefois quatre doigts introduits dans le vagin, on cherche à refouler la tumeur, pendant l'intervalle des contractions, en employant le plus de douceur possible. On a pris soin de diriger la tumeur sur un côté de l'angle sacro-vertébral, devant la symphyse sacro-iliaque. Parfois, c'est par le rectum que la manœuvre a été tentée.

Comme le procédé est douloureux et que partant le médcin ne peut agir aussi commodément qu'il le voudrait, ses manœuvres ont ainsi pu échouer. C'est dans de telles circonstances que les opérateurs ont plongé la patiente dans le sommeil chloroformique et sont parvenus à accomplir ce qu'ils n'avaient pu faire auparavant : le moyen a réussi à Athill (*Brit. med. Journ.*, 1886, p. 16).

Quand ces moyens échouent, on peut employer les ballons (de Barnes, pelotes en caoutchouc) placés dans le rectum, moyen proposé par Kidd ; nous en avons déjà parlé.

Quels sont les dangers de la réduction ? Ces manœuvres, on le comprend, n'ont pas toujours été pratiquées sans causer d'accidents, car le kyste peut éclater ou s'emflammer plus tard. Il peut arriver que le kyste vienne à se déchirer au moment où on le comprime ; dans le cas de Fischel, la rupture ne se produisit cependant qu'après la manœuvre. Le liquide ne détermina dans ce cas aucun accident. Mais nous voyons le même accident se pro-

duire aussi spontanément dans un cas de Stadfeldt, et cette fois une péritonite mortelle s'ensuivit. Une opérée de Camden mourut d'une péritonite dix-sept jours après un accouchement pendant lequel le refoulement avait réussi. Nous ne comptons pas les cas où l'on intervient par une autre opération.

Les statistiques donnent des résultats relativement satisfaisants :

Jetter donne 20 mères vivantes pour 3 mortes
et 13 enfants vivants pour 5 morts.

Playfair 5 mères vivantes, 0 mort.
3 enfants vivants, 1 mort.

Nous trouvons 14 mères vivantes, 4 mortes.
16 enfants vivants, 1 mort, 4 inconnus.

Sur les 4 mortes, nous devons retrancher la malade d'Athill, qui succomba aux suites d'une néphrite.

Ponction du kyste. — Selon la composition du contenu, cette opération pourra ou non réussir. Quand le refoulement n'a pas réussi, qu'une tumeur occupe le détroit supérieur ou l'excavation, il est indiqué de faire la ponction pour la raison qu'une fois sur dix, d'après Blundell, c'est une tumeur de l'ovaire, et que celle-ci est le plus souvent un kyste. On doit toujours se rappeler que même un kyste séreux peut, sous l'influence du travail, donner au toucher la sensation d'un corps dur. Ces motifs doivent donc engager à ponctionner dans tous les cas, à moins d'être sûr d'avoir affaire à une tumeur solide.

Le conseil de faire la ponction a été donné à peu près par tous les accoucheurs ; tous ceux que nous avons vus conseiller le refoulement se sont prononcés pour la ponction dans les cas d'insuccès avec le refoulement. Cependant, Fischel (1) a récemment fait des objections contre l'emploi de ce procédé. Il arrive à conclure que des essais de reposition même forcés, malgré le danger de rupture, doivent être préférés à la ponction. Il base son jugement sur une statistique de Litzmann, dans laquelle quatre

(1) *Prager med. Wochenschrift*, 1882, nos 6 et 7.

fois seulement sur sept, l'accouchement put s'achever spontanément après la ponction ; pour les autres cas on dut recourir à d'autres opérations. Comme le fait remarquer Lomer, l'insuccès de la ponction tient à ce fait qu'il s'agissait dans les cas d'insuccès de tumeurs kystiques dermoïdes, et que la mortalité relève plutôt des autres opérations qui ont été nécessaires. Lomer (1), dans son mémoire « De la complication de l'accouchement par les tumeurs ovariques », a tout particulièrement insisté sur les avantages que fournit la ponction ; il concède qu'elle ne peut pas convenir à tous les cas comme, dit-il, « il n'en est pas moins vrai que toutes les tumeurs ne se laissent pas refouler, et alors il faudra bien avoir recours à la ponction. D'un autre côté, il y a aussi nombre de tumeurs pour lesquelles en employant ce petit moyen inoffensif, grâce aux précautions antiseptiques, on peut, non seulement terminer rapidement et sans danger l'accouchement, mais encore obtenir une disparition définitive du kyste. Ce sont des kystes parovariques ». Lomer en rapporte deux exemples.

On ne peut nier que la ponction n'ait parfois des suites malheureuses, mais si on jette un coup d'œil sur les observations, on remarque que le plus souvent on a eu encore recours au forceps, ou si la ponction était sans résultat, à la craniotomie, etc. Il est donc évident qu'on ne peut établir facilement ce qui, parmi les accidents, revient à la ponction et ce qui revient aux opérations.

Un danger que l'on redoute avec la ponction, c'est l'écoulement du contenu dans la cavité péritonéale : ce danger est réel, mais cependant, si des adhérences ont mis obstacle au refoulement, elles auront peut-être l'heureux effet d'empêcher cet épanchement.

L'opération a été le plus souvent pratiquée par le vagin. Au moyen du spéculum on peut mettre bien au jour le point sur lequel on fera la ponction ; on se sert autant que possible de l'aspirateur. Elle a été faite dans certains cas par le rectum (Merriman, deux fois ; Barnes, Wiart ; cet accoucheur fit la ponction

(1) *Arch. f. Gyn.*, 1882, t. IX.

par le rectum, dans un cas où la tête tirée par le forceps faisait descendre la tumeur devant elle, produisant alors une saillie du côté de l'anus.) Merriman (1) donne la préférence à la voie rectale, parce que la plaie ne se trouve pas exposée pendant l'accouchement, comme celle que l'on pratique dans le vagin. Cependant on ne fait actuellement la ponction par le rectum que très rarement, parce qu'on craint la pénétration de matières fécales allant souiller le péritoine.

A quel moment doit-elle être pratiquée? Quand un accouchement spontané est considéré comme étant impossible, quand on a essayé le refoulement on ne doit pas laisser la femme s'épuiser en de vains efforts, elle n'y gagne rien et le kyste y perd, puisqu'il est comprimé. Merriman avait déjà bien établi que l'expectation ne devait pas se prolonger. Barnes va jusqu'à conseiller la ponction par la paroi abdominale, même dans les cas où il n'y a pas obstacle, parce qu'il a remarqué que le kyste a une tendance à s'enflammer après l'accouchement.

Voici les résultats indiqués par les auteurs:

Jetter trouve.....	11 mères vivantes	pour..	5 morts.
—	4 enfants	—	5 —
Playfair trouve...	9 mères vivantes	pour..	0 morts.
—	6 enfants	—	3 —

Les chiffres de Playfair sont faits pour donner confiance dans ce procédé. Sur 9 cas de ponctions, 9 guérisons; cela prouve donc qu'après le refoulemant, on doit s'adresser à la ponction.

Certaines statistiques ont le tort de jeter un voile sombre, ce sont celles qui renferment des cas de ponction qui n'ont pas réussi et qu'on fait suivre d'une autre opération. Faut-il accuser la ponction? Nous ne le croyons pas, on peut seulement dire qu'elle ne convenait pas à ces cas. Ainsi Litzmann sur 7 cas (qui comprennent 1 perforation, 1 forceps, 2 versions) ne trouve qu'une puerpéralité normale, 4 puerpéralités très sérieusement compromises, deux morts, un seul enfant vivant. Litzmann reconnaît bien le tort de cette statistique et dit textuellement (2):

(1) *Med. chir. Trans.*, t. X, p. 76.
(2) *Loc. cit.*, p. 474.

« que jamais la ponction n'a causé essentiellement de préjudice. » La statistique de Playfair a l'avantage très appréciable d'être composée de cas où la ponction fut le seul traitement employé. Aussi, pensons-nous qu'il est légitime de se baser sur les chiffres de cet accoucheur pour établir la valeur réelle de cette opération.

Incision du kyste. — Quand le refoulement et la ponction n'ont pas réussi à lever l'obstacle, le médecin se trouve toujours en face de la même difficulté qui dépend du rétrécissement du canal pelvien. Que doit-il faire dans ce cas? Naegele et Grenser (1) s'expriment en ces termes : « Quand le liquide est renfermé dans des kystes multiples ou est trop consistant pour s'écouler par la canule, il faut faire *une incision plus grande.* » Cette intervention ne pouvait être admise sans discussion ; cependant la majorité des accoucheurs se sont prononcés pour l'incision, quand la ponction est sans résultat. Jacquemier l'admet, ainsi que Cazeaux dans les mêmes cas que Naegele et Grenser. Lomer en est partisan dans la quatrième conclusion de son mémoire. Toporski en donne une description complète. Mais quelques auteurs passent sur l'incision. Doumairon la comprend dans l'étude de la ponction. Heiberg qui redoute déjà la ponction, a trouvé la statistique défavorable à l'incision. Merriman (2) se pose la question pour les tumeurs dermoïdes sans pouvoir la résoudre. La question a été discutée en 1878, à la Société obstétricale et gynécologique de Berlin (séance du 12 février). Markwald se prononce contre l'incision par le vagin et va jusqu'à proposer la laparotomie pour enlever la tumeur ou faire l'opération césarienne. Kürstner rejette l'incision, tandis que Ruge admet qu'il y a plus de chances avec l'incision.

L'incision est donc loin d'être admise par tout le monde. C'est un traitement beaucoup plus grave que la ponction et le refoulement ; on ouvre le cul-de-sac postérieur et cela n'est pas sans danger pour le péritoine. D'autre part, l'incision peut s'agrandir

(1) *Traité des accouchements*, 1869. (Trad. Aubenas, p. 513.)
(2) *Med. chir. Trans.*, t. III, p. 47.

pendant l'accouchement, le kyste peut suppurer longtemps.

Les résultats fournis par les statistiques ne sont pas très heureux. Martin et Ruge perdirent chacun une opérée, Martin eut un succès. Jacquemier dit (t. II, p. 165), que l'incision n'a été heureuse que dans un cas; dans deux autres, elle ne put prévenir la mort; enfin dans un quatrième, l'incision, suivie de la version, n'a pu sauver ni la mère ni l'enfant. Il en a été de même pour le forceps appliqué une seule fois.

Cependant il y a aussi des succès, celui de Martin, celui de Gibson (1), le kyste suppura longtemps, puis la guérison s'établit. Toporski (2) eut deux guérisons. Au sujet de l'incision, cet auteur fait d'excellentes réflexions: « La ponction et l'incision faites par le vagin peuvent être accompagnées d'accidents d'infection, car on ne peut pas toujours éviter le passage de l'air et du sang dans la cavité abdominale, surtout si d'autres manœuvres sont nécessaires pour l'extraction de l'enfant. On comprend que les sécrétions lochiales puissent pénétrer dans la cavité péritonéale dans les premiers jours qui suivent l'accouchement. Aussi, je crois, en m'appuyant sur mes observations pouvoir recommander la méthode que j'ai employée dans les deux cas. » L'auteur décrit alors l'opération de la manière suivante:

« Nous couchons la parturiente sur la table à opération et la disposons comme pour une opération gynécologique, en rasant les poils des parties génitales externes, en lavant les parties génitales et le vagin. Ensuite on met à découvert le champ opératoire à l'aide du spéculum de Simon et les écarteurs latéraux, pour qu'on puisse agir en se guidant par la vue. Nous incisons alors à la hauteur de la tumeur la paroi postérieure du vagin par une incision longitudinale de 5 centimètres de longueur, nous pénétrons dans la profondeur et incisons finalement la paroi kystique, nous mettons plusieurs sutures sur les bords de la plaie; les bords de la tumeur sont ainsi reliés à ceux du vagin. La cavité péritonéale est ainsi immédiatement fermée. Après la suture des bords de la plaie, le kyste est lavé et les fils de suture sont coupés à ras à l'exception d'un fil. Ce dernier facilite

(1) Barnes. *St-George's Hosp. Reports*, 1874-1876, vol. VIII, p. 76.
(2) *Loc. cit.*

alors la recherche de l'incision, et il permet au besoin d'attirer l'ouverture du kyste jusqu'au niveau de la vulve. Si le col est ouvert (et on fait bien de n'agir qu'alors), on fera suivre l'écartement de l'obstacle à l'accouchement par l'expulsion de l'enfant, on appliquera le forceps si la tête reste élevée; si le fœtus est mort, on fera la perforation. Après l'expulsion du placenta, on lave le canal génital ; nous attirons ensuite en bas l'ouverture de l'incision en nous servant du fil qu'on a laissé en place, et nous remplissons le sac kystique avec de la gaze iodoformée. Le liquide qui est resté dans le kyste est ainsi absorbé, l'entrée de l'air est empêchée, et les liquides qui pénètrent des parties génitales dans le kyste sont désinfectés.

Voici ses observations, où l'on trouve appliquées les règles qu'il a si bien posées.

Observation XXVIII.

Pauline Freitag, née Schneider, femme d'un forgeron de Breslau, 27 ans, jouissait auparavant d'une bonne santé. Dit n'avoir marché qu'à 1 an 3/4. Accouchée deux fois, la première fois, il y a quatre ans, après perforation, l'autre fois spontanément d'une fille vivante. Puerpéralités normales. Menstruation toujours régulière, toutes les quatre semaines, pendant six jours sans douleurs. Dernières règles fin mai 1883. La grossesse ne fut pas troublée, à part des douleurs intermittentes dans la hanche droite qui donnaient la sensation de piqûre. Les douleurs débutèrent le 26 février à 9 heures du matin. Rupture de la poche le 28 février à 7 heures du matin ; en raison de la longue durée des contractions et de leur inefficacité, on demanda le 28 février à 3 h. 1/4 de l'après-midi le secours de la policlinique. L'exploration de la parturiente donne le résultat suivant :

Personne de taille moyenne, forte, sans déformation du squelette apparente, T. 38°,7 ; P. 112, contractions fréquentes et douloureuses, mais de peu de durée et survenant toutes les deux ou trois minutes. Abdomen d'une forme générale arrondie. Utérus sur la ligne médiane, dont le fond s'étend à trois ou quatre travers de doigt au-dessous de l'appendice xiphoïde. Il ne contient plus que peu de liquide amniotique. Dos et battements du fœtus à droite. Tête mobile au niveau du détroit supérieur. Diamètres du bassin normaux. Entrée du vagin large, un peu de prolapsus des parois antérieure et postérieure du vagin. Vagin large et long. Muqueuse parcheminée et lisse, col complètement effacé. L'orifice externe a la forme d'une fente transversale mesurant 5 centimètres, à bords minces, dilatable, déplacé en haut et en avant derrière la symphyse. Derrière la

partie cervicale on sent une portion de tumeur tendue pendant les douleurs, pâteuse et molle dans leur intervalle, du volume du poing, logée dans le péritoine et pressée dans le bassin par la tête. Cette tumeur semble appartenir à un ovaire kystique. Au niveau du crâne mobile au détroi supérieur, on sent la suture sagittale située transversalement un peu en arrière du diamètre transverse. On sent la petite fontanelle à droite sur le côté, le promontoire n'est pas accessible. Pas de bosse sanguine.

La parturiente fut conduite en voiture à l'hôpital et une nouvelle exploration faite dans une narcose profonde fit admettre un kyste ovarique comprimé dans le bassin et en arrière par la tête qui se trouve au détroit supérieur. Comme une réduction de la tumeur était impossible, on se résout à vider le kyste par une opération.

Mise à découvert au moyen du spéculum de Simon et d'écarteurs latéraux de la paroi postérieure qui bombe sous l'influence de la tumeur. Sur la ligne médiane de la paroi postérieure, à environ 3 centimètres au-dessus de la commissure postérieure on fait une incision longue de 3 centimètres et la tumeur est ouverte dans une étendue semblable ; il s'écoule environ un litre de liquide épais, jaunâtre, muqueux. On fait quelques sutures immédiatement des bords du kyste et du vagin. Hémorrhagie de moyenne intensité. L'extraction du fœtus est faite par le forceps ; celui-ci est d'abord appliqué dans le diamètre fronto-occipital de la tête qui est placée transversalement, et qui après l'évacuation du contenu du kyste se place au centre du bassin ; après plusieurs tractions pendant lesquelles la tête tourne sa partie postérieure en avant, le forceps est enlevé puis appliqué de nouveau. On réussit ainsi au bout de six à huit minutes à extraire un fœtus du sexe féminin en état de mort apparente avec une déchirure du col des deux côtés. L'hémorrhagie très abondante diminua sous l'influence de frictions sur l'utérus et d'injections froides d'une solution de sublimé. Le placenta est exprimé au bout de cinq minutes à cause d'une hémorrhagie qui persiste encore, et il est complet. Injection intra-utérine avec solution de sublimé 1/1000, injection hypodermique d'ergotine. Tamponnement du vagin avec gaze iodoformée 10 p. 100. Bandage abdominal et sac de sable. Alors l'hémorrhagie s'arrête définitivement. T., 37°,3 ; P., 136, état général bon.

L'enfant est ranimé par les manœuvres de Schultze et par l'aspiration des mucosités qui sont dans le pharynx ; l'enfant est ranimé au bout de dix minutes. D'après son volume et son poids il est à terme.

Suites de couches : 29 février, pas de fièvre, appétit bon. Les tampons sont traversés par le sang et sont enlevés. Injection intra-utérine avec solution de sublimé : on donne du seigle et du vin. Au bout de quelque temps a eu des convulsions suivies d'une hémiplégie qui s'améliora.

Observation XXIX.

Hélène Mucka, née Mest, de Breslau, 36 ans. V pare. — Était toujours

bien portante autrefois, est toujours accouchée spontanément. — La dernière fois, il y a un an trois quarts, puerpéralités normales. Bien réglée toutes les quatre semaines, faiblement, sans douleurs, durée quatre jours. Dernières règles, fin de mai 1882. Pendant la grossesse actuelle, la femme dit avoir remarqué dans le bassin une sensation de pression particulière qu'elle n'avait jamais ressentie dans les grossesses antérieures. Il y a environ deux semaines survint de l'œdème des membres inférieurs, à la suite duquel elle résolut de demander le secours du médecin. Depuis fin décembre, elle se plaint de troubles de défécation et de miction qui consistent en douleurs dans l'expulsion physiologique du contenu, d'un autre côté consiste en ce que l'urine ne peut être expulsée, malgré des efforts considérables et que le jet cesse subitement, si bien qu'elle n'expulse qu'incomplètement ses urines. Rupture des membranes 8 janvier 1884, à 8 heures du matin subitement, sans raison particulière. Le jour suivant elle remarqua une tension douloureuse dans le bas-ventre et dans les reins, et le 10 janvier à 9 heures du matin survinrent des douleurs intenses. Comme malgré ces douleurs l'accouchement n'avait pas progressé jusqu'au jour suivant, on demanda à 6 h. et demie du soir le secours de la policlinique ; l'exploration faite dans la narcose donna le résultat suivant :

Personne de taille moyenne ; température normale ; les contractions, malgré la narcose sont intenses et douloureuses. Utérus sur la ligne médiane, bien contracté, déplacé en haut, si bien que le segment inférieur peut être perçu par l'intérieur. Parois abdominales minces, avec de nombreuses vergetures anciennes. En raison des contractions permanentes de l'utérus on ne peut diagnostiquer la situation du fœtus par l'exploration extérieure ; on peut seulement constater que le crâne fœtal est au-dessus de la symphyse, au-dessus de la paroi antérieure du bassin et fait bomber un peu la paroi abdominale, le liquide amniotique paraît être écoulé complètement. On n'entend nulle part de battements fœtaux. Diamètres du bassin normaux. Le frein est intact, entrée large, vagin spacieux, lisse. Dans le petit bassin on tombe sur une tumeur du volume d'une tête fœtale soumise à une grande pression, kystique, à paroi lisse, insensible, qui descend presque jusqu'à l'entrée du vagin, et qui, par l'exploration rectale est reconnue comme située dans le cul-de-sac de Douglas. Cette tumeur fait bomber toute la paroi postérieure du vagin fortement par en bas ; la portion vaginale du col est située tout à fait en avant et en haut derrière la symphyse comme dans les cas de rétroflexion de l'utérus gravide ; on ne peut l'atteindre qu'avec difficulté à l'aide d'un doigt introduit entre la tumeur et la paroi antérieure du bassin. L'orifice utérin est représenté par une fente transversale, longue d'environ 4 centimètres, par laquelle on sent le cuir chevelu d'une tête et une suture placée transversalement d'une tête mobile au-dessus de la paroi antérieure du bassin. La tumeur est considérée comme un kyste ovarien incarcéré dans le bassin

et qui rend l'engagement du fœtus impossible, et la femme est conduite en voiture à la Clinique.

Après lavage des parties génitales extérieures et désinfection soigneuse du vagin on chloroforme la femme, et on essaie, avec la main, de repousser en haut la tumeur hors du bassin, mais c'est en vain. On résolut de diminuer le volume de la tumeur. Mise à jour soigneuse du champ opératoire avec le spéculum de Simon et un écarteur latéral, la vessie a été évacuée. Ensuite la tumeur qui proémine fortement dans le vagin est incisée sur sa ligne médiane dans une longueur de 5 centimètres : il sortit environ 1 litre et demi de liquide, foncé, sanguinolent, épais, mêlé de petits grumeaux de matière. Le doigt introduit dans l'ouverture de l'incision constate des saillies veloutées et des irrégularités sur la paroi interne du kyste. On place de nombreuses sutures sur les bords de la plaie, lavage du kyste avec une solution de sublimé 0, 1 p. 100, et on remplit sa cavité avec de la gaze iodoformée. Sur le côté gauche de la vulve une veine a été déchirée par l'écarteur, l'hémorrhagie est arrêtée par ligature. Après qu'on eut écarté l'obstacle de l'accouchement on trouve que le col est entièrement effacé et que l'orifice est presque entièrement ouvert : La tête s'est engagée dans le détroit supérieur à peine mobile. Ensuite application du forceps ; comme la tête ne descend pas bien sous l'influence des tractions on fait la perforation, attendu que l'enfant était mort, après l'enlèvement du forceps on applique le cranioclaste et on extrait ainsi une fille pas tout à fait à terme. Le placenta est exprimé après trois ou quatre contractions, environ cinq minutes après l'accouchement. Injection de sublimé 1/1000 dans l'utérus. Injection sous-cutanée d'ergotine et d'éther café et vin. Le ventre est maintenu serré avec une bande et un sac de sable placé sur le fond de l'utérus.

La puerpéralité se passa sans réaction. — Un jour après l'accouchement, on enleva le matin la gaze iodoformée contenue dans le kyste, cette gaze n'était teinte de sang qu'en quelques endroits. Les deux premiers jours on fait deux fois par jour une injection intra-utérine et une dans le kyste sans qu'aucun produit pathologique soit expulsé. Les jours suivants le vagin ne fut lavé qu'une fois et le septième jour est expulsée une substance charnue qui paraissait être une partie de la paroi kystique. Le huitième jour la malade fut renvoyée. Le ventre est absolument indolore, se laisse palper profondément, l'utérus du volume d'un petit poing, mou, insensible, dévié à gauche et en haut, l'involution normale. L'entrée du vagin est un peu sensible au toucher. La paroi postérieure du vagin est occupée par un bourrelet transversal, large, dur, et présente environ 4 centimètres au-dessus de la commissure postérieure un trou arrondi à bords épais insensible, permettant l'introduction d'un doigt. En pénétrant par ce trou on tombe sur la paroi interne veloutée, dont on peut détacher facilement des débris de couleur sombre mais non fétides ; la portion vaginale du col qui est reformé est déviée à gauche et en haut ; l'orifice extérieur repré-

senté par une fente transversale par laquelle on peut introduire deux doigts, les bords sont épais, lisses, pas déchirés.

Le 17 mai, la malade se présente de nouveau à la Clinique et prétend que depuis l'accouchement elle ressent dans le côté une douleur périodique, tantôt avec sensation de piqûre et de pression. Bientôt se produisit un écoulement fétide, mélangé souvent de lambeaux de matière. L'état de la femme est médiocre en raison de son peu d'appétit. Par l'exploration on sent au milieu de la paroi vaginale postérieure l'ouverture de l'incision qui permet facilement l'introduction du doigt et dont les bords sont garnis d'excroissances irrégulières et bosselées. Ces productions, dont quelques-unes atteignent le volume d'une noix se trouvent aussi à l'intérieur du kyste et saignent facilement. Immédiatement en avant de l'ouverture de l'incision et un peu à gauche, se trouve le col dont l'orifice externe laisse pénétrer le bout du doigt. Utérus médiocrement augmenté, élevé et tordu à gauche autour de son axe longitudinal. Par le rectum on touche au dessus du sphincter externe une tumeur d'apparence solide qui refoule en bas le cul-de-sac de Douglas et qui a le volume d'une tête fœtale et dont la surface est irrégulière.

D'après cet état on reconnaît qu'il s'agit chez cette malade, non pas d'un kyste ovarique simple, mais d'un kyste papillaire compliquant la grossesse. Tandis que pendant la grossesse les excroissances papillaires sarcomateuses n'étaient que peu nombreuses et donnaient à la surface interne du kyste une apparence veloutée, elles ont augmenté considérablement après l'ouverture du kyste, et remplacent alors le kyste presque entièrement.

Pour éviter la suppuration de la tumeur, on enleva les excroissances avec la cuiller tranchante avec hémorrhagie abondante, et le kyste tamponné à la gaze iodoformée après lavage avec solution de sublimé. La malade sortit au bout de deux semaines, mais au bout de peu de temps déjà elle se plaignait de nouveau de l'écoulement fétide mêlé de lambeaux.

Nous espérons que par l'application de procédés aussi minutieux que ceux-là, on obtiendra de meilleurs résultats que ceux qu'on avait obtenus jusqu'à présent. C'est à l'avenir de juger cette méthode.

Je ne m'arrêterai pas sur la question de l'extirpation de la tumeur; si la tumeur ne pouvait être incisée il ne resterait plus que son extirpation pour faire disparaître l'angustie pelvienne. Naegele et Grenser, Jacquemier la considèrent bien avec l'opération césarienne comme les opérations entre lesquelles l'accoucheur peut choisir, lorsque la tumeur est *solide* et *fixe*, ce sont deux opérations aussi dangereuses l'une que l'autre.

L'opération a-t-elle été faite, nous ne le croyons pas. Elle s'est opérée quelquefois contre le gré de l'accoucheur, comme nous l'avons vu, lorsque la tumeur déchirait la cloison vaginale, avant la sortie de l'enfant (cas de Härting, *in Lomer loc. cit.*) ou dans les premiers jours de couches. Quels sont les dangers dans des cas de ce genre ? Ils doivent être grands, car le péritoine a bien des chances de s'enflammer; cependant la malade de Härting et celle de Dunn guérirent.

En principe, cette opération doit être très dangereuse à cause des conditions spéciales créées par la puerpéralité.

Quant à l'ovariotomie par la voie abdominale, nous dirons plus loin l'opinion exprimée par les chirurgiens de la Société obstétricale de Berlin.

Toutes ces opérations avaient un but : désobstruer le bassin, enlever, faire disparaître l'angustie pelvienne. Elles réussissent quelquefois tout à fait, quelquefois partiellement, parfois elles ne réussissent pas. L'accoucheur est alors en présence d'un rétrécissement pelvien. Nous avons donc les mêmes indications que celles qui sont sous la dépendance de difficultés provenant des parties osseuses. C'est à travers ce bassin rétréci que l'enfant devra passer. Il le peut franchir parfois sous l'influence de tractions exercées par le forceps ou faites sur les pieds après la version. Ou bien il ne reste plus qu'à choisir entre la réduction du volume de l'enfant ou son extraction par une autre voie, celle qui est créée par l'opération césarienne.

Forceps et version. — Les cas dans lesquels il faut avoir recours à l'emploi du forceps ou de la version sont excessivement embarrassants, et les dangers sont très grands. Il suffit pour le démontrer de faire la comparaison entre les conditions qui existent ici et celles qu'on rencontre dans les rétrécissements osseux. Dans le rétrécissement par viciation du squelette la pression s'exerce sur une partie résistante osseuse qui supporte cette pression relativement bien; c'est ce que l'on peut voir presque journellement pour les bassins rétrécis. Il est excessivement rare de voir des lésions osseuses consécutives aux pres-

sions. Mais quand c'est un kyste sur lequel doit porter la pression exercée par la tête poussée contre l'obstacle, ce kyste, ainsi comprimé, s'enflammera pendant la puerpéralité, ou bien ce qui est malheureusement trop fréquent, pressé entre la tête extraite avec force et la paroi osseuse, il se déchirera, versera son contenu dans la cavité abdominale, provoquera ainsi une péritonite très grave. Ou bien, poussé devant la tête il perfore la voûte vaginale ou le rectum. Nous connaissons cet accident. Donc, la situation est toujours périlleuse : cependant, il faut tenir compte dans quelques cas de ce fait que le degré de rétrécissement est variable, que la tumeur est plus ou moins élastique et dépressible, enfin que la réduction de son volume par une ponction peut diminuer la gravité de cette extraction.

Quand l'accouchement ne se termine pas spontanément on a conseillé de faire l'extraction soit avec le forceps soit par la version ; seulement les accoucheurs ne peuvent donner de résultats bien probants en faveur de l'une ou l'autre de ces opérations. M. le professeur Tarnier, qui a fait plusieurs fois l'extraction de l'enfant par le forceps ou la version dans le cas de tumeur dans le pelvis, n'a pas reconnu plus d'avantage à l'une qu'à l'autre (comm. or.). Avec les statistiques il est difficile de se prononcer parce qu'il est rare qu'une opération obstétricale soit seule appliquée ; les résultats sont donc altérés par les dangers que peut comporter la nouvelle opération. Nous voyons Baudelocque terminer par la version un accouchement où l'opération césarienne semblait la seule ressource ; comme aussi Ruge, après des essais inutiles de version, amena l'enfant par le forceps.

Mais le forceps ne peut toujours pas suffire, on a eu alors recours à la craniotomie. De là des dangers nouveaux, chaque tentative nouvelle, l'introduction des instruments contusionnent le kyste ou le déchirent.

La version n'est pas sans danger non plus : l'introduction de la main, en refoulant le kyste peut le déchirer, le passage de l'enfant peut produire le même délabrement.

Nous donnons le résultat de 20 applications de forceps.

	Forceps.	Craniotomie.	Ponction.	Incision.	Mère vivante.	Mère morte.	Enfant vivant.	Enfant mort.	
Linton.....	1	»	»	»	1	»	?	»	Suppur. du k.
Baader.....	1	1	»	»	»	1	»	1	Rupt. périt.
Luschka...	1	»	»	»	»	1	1	»	Expuls. du k. par 1 fente.
E. Martin..	1	»	»	»	»	1	2 j.	»	Rupt. Périt.
Martens....	1	»	»	»	»	1	?	»	Rupt. périt.
Ruge.....	1	»	»	1	»	1	1	»	Sup. Ovariot.
Fischer....	1	»	»	»	1	»	?	»	
Athill.....	1	»	»	»	1	»	1	»	Quelq. signes de périton.
Kerswill...	1	»	»	»	1	»	1	»	Kyste dispar. par le vagin.
Barnes.....	1	»	1	»	1	»	1	»	
Hoogeweg..	1	»	»	»	1	»	1	»	
Meyer.....	1	»	»	»	1	»	1	»	
Ellkington.	1	1	1	»	1	»	»	1	
Merriman..	1	»	1	»	»	1	»	1	Epuisement.
Litzmann..	1	»	1	»	»	»	»	1	
Ingleby....	1	»	1	»	1	»	1	»	
Wiart.....	1	»	1	»	1	»	»	1	
Nolting....	1	1	1	»	»	1	»	1	Rupture.
Toporski...	1	1	»	1	1	»	»	1	
Toporski...	1	»	»	»	1	»	1	»	
Total.....	20	4	7	2	13	7	11	7	

(3 sort inconnu.)

4 fois la craniotomie a été nécessaire :

13 mères sur 20 ont survécu.

Mortalité maternelle 25 p. 100.

La mortalité des enfants semble à peu près la même. On avait fait 7 fois la ponction, 2 fois l'incision.

Les causes de la mort ont été :

1 fois, rupture du kyste et péritonite.

1 fois, épuisement.

1 fois, suppuration du kyste, puis ovariotomie, septicémie.

1 fois expulsion de la tumeur par une fente vaginale.

Il est beaucoup plus difficile d'établir une statistique pour la version, les cas publiés sont très rares. J'en ai trouvé 3, celui de Baudelocque : mère et enfant morts ; celui de Hargreaves, mère vivante, enfant mort.

M. Pierre Ayrolles (1) a publié une observation très intéressante de succès pour la mère et l'enfant. Il s'est produit un phénomène très favorable au moment des tractions pratiquées pour faire franchir la tête : la tumeur a quitté subitement le pelvis et les voies de l'accouchement se sont trouvées libres.

Observation XXX.

Le 6 janvier 1885, est entrée dans le service de M. Budin, suppléé par M. Bar, une femme, âgée de 39 ans, et arrivée au terme de sa grossesse. D'une bonne santé habituelle; la malade raconte qu'elle a eu déjà cinq grossesses; les quatres premières ont été normales, la cinquième s'est terminée à la suite d'une grande frayeur, par une fausse couche de six mois.

Ses règles sont toujours régulières et elle a les eucs pour la dernière fois le 24 mars dernier, pendant deux jours, comme à l'ordinaire.

Actuellement, elle a commencé à souffrir à minuit; à 4 heures 1/2, rupture spontanée des membranes.

A 7 heures du matin, on constate que la poche des eaux est rompue, mais le ventre reste très volumineux, les contractions utérines sont très énergiques.

Au palper, on trouve une tête non engagée au niveau du détroit supérieur. Les autres parties fœtales ne peuvent être reconnues facilement à cause de la tension des parois. On entend très nettement les bruits du cœur du fœtus, près de la ligne médiane, un peu à droite. Au toucher, on sent, très haut, derrière le pubis, la tête, qui est encore très mobile. Le col est dilaté comme la paume de la main. Les membranes rompues, on sent la fontanelle postérieure en avant. Diagnostic de la position : O. I. D. A.

Derrière l'utérus, on sent une tumeur élastique, fluctuante, à bord inférieur un peu aminci, à limites supérieures indécises qui, ainsi que le toucher rectal, combiné avec le toucher vaginal le démontre, siège dans le cul-de-sac recto-vaginal du péritoine, cul-de-sac qu'elle déprime en avant et en bas. Cette tumeur s'oppose à l'engagement de la tête.

A 11 heures 1/2, M. Bar pratique le toucher manuel, vérifie le diagnostic de la présentation et de la position; il constate que la tête est mobile au-dessus du détroit supérieur, et que la tumeur se prolonge assez haut en arrière de l'utérus. Les contractions sont très énergiques. La dilatation est presque complète. On décide d'attendre. La femme est placée dans un bain pendant une demi-heure.

A 3 heures 1/2, la tête et la tumeur se sont un peu abaissées, mais les choses n'ont guère changé, les forces de la malade s'épuisent, l'enfant est vivant.

Dans le petit bassin, la tumeur refoulant en avant le vagin, en arrière

(1) *Ann. de gyn.*, t. XXIII, p. 125.

le rectum, au-dessus le col de l'utérus presque complètement dilaté, mais dont la lèvre postérieure est restée un peu épaisse. Plus haut encore la tête à peine engagée et fortement repoussée en avant par la tumeur.

On prépare un aspirateur Potain, en cas de nécessité.

La femme étant endormie au chloroforme et placée en travers du lit, M. Bar introduit sa main dans l'utérus et ramène assez facilement le pied gauche du fœtus. L'évolution du fœtus est pénible. Enfin, un lien est appliqué, et après de fortes tractions continues, le siège se dégage. Pendant les premières tractions, on voit que les parties molles, entraînées par le fœtus, s'abaissent en masse, et les parois vaginale et rectale se renversent en dehors, mais peu après elles remontent et le dégagement du tronc se fait avec assez de facilité.

La tumeur forme un obstacle à l'introduction des doigts dans la bouche et rend cette manœuvre un peu difficile, mais la flexion de la tête est dès lors facile, et à ce moment on entend un bruit particulier et il se fait un mouvement brusque de détente, la tumeur est remontée dans l'abdomen.

L'enfant est en état de mort apparente, on l'insuffle et il revient promptement. Son poids est de 4,000 grammes.

La délivrance est normale, la femme perd une petite quantité de sang.

7 janvier. L'état de la malade est bon; pas de fièvre ni de douleur abdominale.

Le 9. La malade n'a pas de fièvre. Suites de couches normales. On trouve dans la fosse iliaque droite une tumeur molle, élastique, fluctuante, mate à la percussion, et qui se déplace facilement sous les doigts, on peut la refouler ou la rendre saillante à volonté, il n'y a pas d'adhérences.

Le 14. Suites de couches normales; l'utérus revient lentement. L'entorse que l'enfant présentait au pied gauche est guérie.

Jetter donne pour la version :

7 mères vivantes pour 8 mortes.
1 enfant vivant pour 11 morts.

Playfair donne :

1 mère vivante pour 4 mortes.
1 enfant vivant pour 4 morts.

Si nous comparons donc les résultats de cette statistique avec ceux de la statistique de Jetter pour le forceps :

6 mères vivantes, 6 mères mortes.
6 enfants vivants, 5 enfants morts,

ou avec nos chiffres nous voyons que l'avantage est pour le forceps. La mortalité semble beaucoup plus forte avec la version

qu'avec le forceps tant pour la mère que pour l'enfant. On a pensé que la main introduite pour faire le refoulement pouvait en même temps aller chercher les pieds de l'enfant et faire la version ; dans cette manœuvre le bras en maintenant la tumeur refoulée, préparait une voie libre pour le passage de l'enfant pendant l'extraction. Cela peut être vrai, mais le fœtus étant engagé par sa petite extrémité la tumeur pourrait reprendre sa place primitive et s'arrêter au niveau du cou de l'enfant, autrement dit, le menton restant accroché par la tumeur. C'est ce qui causa de grandes difficultés dans le cas de Baudelocque, ce que vit aussi se produire Moreau, qui perdit l'enfant. Pendant les manœuvres qu'exigera ce nouvel accident l'enfant est très exposé à la mort.

Le forceps nous semble donc préférable parce qu'il doit conserver plus d'enfants à la vie, et parce qu'il permet de maintenir la tête engagée aussitôt que le refoulement a réussi.

Craniotomie et opération césarienne. — Quand tous les moyens que nous avons passés en revue ont échoué, et cela arrive surtout avec les tumeurs solides, et à notre point de vue, surtout pour les kystes dermoïdes, le fœtus ne peut plus sortir des organes maternels que réduit de volume ou bien par une voie nouvelle que l'on crée. Le plus souvent, à la suite de différentes opérations qu'on a tentées, à la suite des lenteurs du travail, le fœtus a succombé, et c'est à la craniotomie que l'on a recours le plus souvent. Quand l'enfant est vivant, l'opération césarienne peut être mise en parallèle. Ces deux opérations dans les circonstances actuelles sont excessivement dangereuses, parce que la mère est épuisée par la longueur du travail, le kyste est contusionné, en partie déchiré, l'inflammation a pu déjà envahir l'utérus, le péritoine et les chances de salut sont minimes pour la mère. Les instruments qu'on introduira ne seront pas non plus sans agir d'une façon défavorable sur les tissus.

Dans les statistiques, nous trouvons, pour la craniotomie :

8 mères vivantes, 7 mortes (Playfair) ;

14 mères vivantes, 10 mortes (Jetter).

Dans une grossesse de jumeaux, Merriman vit naître spontanément le second enfant après la craniotomie pratiquée sur le premier.

Les accoucheurs, en général, réservent l'opération césarienne pour les cas de rétrécissement infranchissable du bassin. Il est certain que, pratiquée de bonne heure, elle donnerait ici les mêmes résultats que dans les rétrécissements osseux du bassin.

Mais le médecin n'est souvent appelé que très tard, lorsque la mère est épuisée, l'opération devient excessivement dangereuse. Il y a une différence énorme, au point de vue de l'opération césarienne, entre une femme épuisée et une femme qui n'a ressenti encore aucune fatigue. Les 6 succès sur 6 opérations césariennes obtenues par les ovariotomistes qui avaient blessé l'utérus par mégarde, démontrent surabondament le fait. C'est cet épuisement qui nous explique la mortalité énorme qu'ont présentée les cas d'opération césarienne pratiquée dans les conditions que nous décrivons. Jetter compte 3 mortes sur 3 opérées.

Nous avons trouvé 8 cas d'opération césarienne, ce sont ceux de :

Maigne (1). — Kyste dermoïde dans l'excavation. Opération césarienne, soixante heures après le commencement du travail. Enfant mort, la mère mourut le neuvième jour.

Lyon (2). — Kyste dermoïde très dur qui fait croire à une exostose. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère morte.

Godefroy (3). — Deux tumeurs de l'ovaire, dont une dermoïde. Tentatives de refoulement et de ponction sans succès. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère meurt vingt-trois heures après.

Kob (4). — Kyste multiloculaire remplissant le bassin et une partie de l'abdomen. Incision inutile. Opération césarienne. Enfant vivant. Mère meurt trois jours après.

A. Macdonald (5). — Grosse tumeur dermoïde adhérente dans le bassin. Opération de Porro.

(1) *Du toucher considéré sous le rapport des accidents*, 1839.
(2) *Monthly Journ.*, 1845.
(3) *Gazette obstétricale de Paris*, 1875, p. 310.
(4) *Berl. Beiträge zur Geb. und Gyn.*, Bd II, 1873, p. 99.
(5) *Edinb. med. Journ.*, 1875, p. 123.

Pastorello (Obstétrique en Italie, 1881, Massot). — Kyste. Opération césarienne. Mère morte. Enfant vivant.

Laus (1). — Cysto-sarcome dans le bassin. Reposition impossible. Enfant ? Mère meurt après vingt-quatre heures.

Edmunds, cité par Kœberlé. — Kyste dermoïde. Opération césarienne. Mère et enfant sauvés.

Ces résultats, 6 mères mortes (1 fois ?), 5 enfants vivants (2 fois ?), sont loin d'être encourageants, eu égard aux mères. La question de l'opération césarienne a été discutée à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Berlin, à la séance du 12 février 1878 (2).

Markwald, après avoir recommandé, dans le cas qui nous concerne, des essais de refoulement, la femme étant placée dans la position génu-pectorale, puis la ponction et rejeté l'incision, exprima l'opinion qu'il fallait faire la laparotomie pour essayer l'ovariotomie, en se tenant prêt à faire l'opération césarienne. Martin y déclara qu'il ne comptait guère sur l'ovariotomie, mais il pensait qu'il fallait faire la laparotomie et l'opération césarienne qui, avec l'antisepsie, sera moins dangereuse qu'autrefois. Küstner et P. Ruge furent aussi partisans de la laparotomie, dans le but d'essayer l'extraction de la tumeur par la voie abdominale, et seulement après échec de faire l'opération césarienne.

On peut donc dire que, dans les cas où le rétrécissement est absolu et dans ceux où le médecin, ne voulant pas sacrifier l'enfant, s'adressera à la section césarienne comme opération de choix, il devra toujours essayer de lever l'obstacle, de faire l'extraction du kyste par la voie abdominale et ne recourir qu'après échec à la section de l'utérus.

Après l'étude que nous venons de faire, il nous semble qu'il est permis de résumer la question du traitement de la façon suivante :

(1) *Deutsch. med. Wochenschrift*, 1878.
(2) *Berl. klin. Wochenschrift*, 1878, p. 275.

Quand, *pendant la grossesse*, on a reconnu qu'un kyste de l'ovaire obstrue l'aire pelvienne,

On doit essayer le refoulement de la tumeur ;

En cas d'insuccès, une ponction peut être faite dans le but de se renseigner sur la nature de l'obstacle ;

L'accouchement prématuré provoqué ne trouve que rarement son indication.

Dans les cas de rétrécissement définitif du bassin (démontré par les accouchements antérieurs) causé par un kyste irréductible, on peut, comme pour les rétrécissements de nature osseuse, discuter l'opportunité de la provocation de l'avortement.

L'ovariotomie doit être proposée pour les gros kystes qui ont en même temps un prolongement dans le pelvis.

Pendant le travail :

Ne pas attendre trop longtemps avant d'intervenir.

Commencer par des tentatives de refoulement; en cas d'insuccès,

Ponction; et si celle-ci ne donne pas issue au contenu,

Incision avec toutes les précautions nécessaires.

Comme moyen d'extraction, le forceps semble préférable à la version, mais ces deux opérations sont dangereuses dans les conditions actuelles (rupture, inflammation du kyste).

En cas d'insuccès, il ne reste plus que la craniotomie et l'opération césarienne ; les statistiques, eu égard à la mère, ont été plus favorables dans les cas où la craniotomie a été pratiquée.

Avant de pratiquer l'opération césarienne, on essayera de lever l'obstacle par la laparotomie, pour ne recourir à la section de l'utérus qu'après échec dans cette tentative.

TRAITEMENT DE LA DÉLIVRANCE

Nous ne devons pas, bien entendu, faire l'histoire de la délivrance normale, ce serait sortir absolument de notre sujet. La plupart du temps, la délivrance s'accomplit comme dans les conditions habituelles. Par conséquent, l'accoucheur n'a qu'à se conformer aux règles qui président au temps de la délivrance.

Nous devons cependant noter que le kyste de l'ovaire peut, par son volume ou par sa situation, rendre impossible la palpation de l'utérus et partant la surveillance que le médecin doit exercer relativement au retrait de l'organe. Il peut ainsi ne pas être averti de l'existence d'une hémorrhagie interne, au moins avant que celle-ci ait produit des phénomènes généraux sérieux. Ensuite, on s'est trouvé privé, dans certains cas, d'un moyen qui a son utilité incontestable dans les cas d'inertie utérine, c'est-à-dire les frictions du globe utérin.

Quelques cas ont été rapportés dans lesquels le médecin dut faire la délivrance artificielle, parce que le placenta ne se décollait pas. En semblable occurrence, on se conformerait aux règles de cette opération.

Nous avons rapporté une observation de Lomer nous montrant une tumeur kystique redescendant dans le bassin aussitôt après un accouchement, qui s'était terminé heureusement, grâce au refoulement. La délivrance ne s'achevait pas, on en trouva la cause dans le déplacement de l'utérus causé par la tumeur. Il fallut de nouveau dégager la voie. Il suffit de connaître cet exemple et se rappeler que le fait est possible ; dans un cas semblable, on ferait ce qui a été fait, c'est-à-dire qu'on refoulerait la tumeur, et au besoin, si la délivrance ne se terminait pas spontanément, on irait chercher le placenta avec la main.

APPENDICE.

Le produit de la conception ne se développe pas toujours, malheureusement, dans la cavité utérine. L'ovule fécondé peut s'arrêter avant d'arriver où il devait accomplir son évolution normale. Si cet ovule se développe sur un point de son parcours, ou s'il tombe dans la cavité péritonéale, il y a encore grossesse, mais cette grossesse n'est plus utérine, c'est alors une grossesse extra-utérine. Il n'entre point dans mon sujet d'étudier cet état qui est véritablement pathologique. Il y a des dangers de tous les instants. Or, cet état grave peut lui-même se compliquer de la présence d'un kyste de l'ovaire. C'est dans ce sens que nous en disons quelques mots, tout en reconnaissant avec M. Guéniot (*Bull. de thér.*, 1866) que ce sont les grossesses utérines qui se compliquent. Cependant, dans ce cas, c'est un danger de plus, une complication de plus. La rareté du cas, l'attention toute particulière que mérite la grossesse extra-utérine, laisse sur le second plan le kyste de l'ovaire.

Nous citerons deux observations que nous avons pu recueillir.

Elles démontrent, que c'est tout particulièrement du côté de la grossesse extra-utérine que la thérapeutique doit diriger ses efforts. La tumeur kystique par son volume, ajouté à celui du kyste fœtal, peut déterminer les malaises d'une surdistension abdominale.

Observation XXXI.

(Guéniot, *Arch. de tocol.*, 1874, p. 529), *De la grossesse extra-utérine péritonéale. De son diagnostic et de son traitement.* (Depaul).

Le 3 août 1869, je fus prié par le Dr Gonnard d'examiner l'une de ses clientes, Mme B..., sage-femme, qui depuis neuf mois offrait un état fâcheux de santé. Voici d'abord les renseignements que j'ai pu recueillir.

La malade, âgée de 34 ans, rousse, lymphatique, ordinairement bien portante, avait été enceinte une première fois, huit ans auparavant, et la grossesse s'était terminée normalement à terme. La menstruation ayant repris ensuite sa régularité habituelle, la dernière époque eut lieu dans les premiers jours de novembre 1869. Mais celle-ci ne dura que deux

jours (1er et 2 novembre), et fut très inférieure en durée comme en quantité aux époques ordinaires ; tandis que la précédente avait été, au contraire, beaucoup plus abondante que de coutume.

Depuis cette date de novembre, Mme B... fut constamment souffrante. Sur la fin de ce même mois, elle fit une chute sur le siège en descendant un escalier. On ne crut pas d'abord qu'il existât une grossesse. L'invasion d'une péritonite avec épanchement pelvien, survenu dans les premiers jours de janvier 1869, c'est-à-dire à une date correspondante aux époques menstruelles, contribua à faire rejeter cette pensée. On diagnostiqua alors une *hématocèle péri-utérine*. Mais bientôt la grossesse se révéla par des signes non douteux. Des mouvements fœtaux, sentis très nettement par la mère, furent ultérieurement reconnus par M. Gonnard. Mon collègue, le Dr Tarnier, appelé à voir la malade dans le courant de juin, constata lui-même, d'une façon très nette, les mouvements de l'enfant; puis, après une exploration minutieuse, il diagnostiqua une grossesse d'environ sept mois et demi, compliquée de kyste de l'ovaire (M. Tarnier m'a confirmé, depuis lors, l'exactitude de ce renseignement. Il ne soupçonna pas que le fœtus pût être situé hors de la cavité utérine).

Remise, au bout de quelques mois, des accidents inflammatoires du péritoine, la malade éprouva ultérieurement deux nouvelles atteintes de péritonite, dont l'apparition, cette fois encore, coïncida avec l'époque habituelle du flux cataménial. Elle se vit forcée, depuis neuf mois, de garder presque constamment le repos au lit. Néanmoins l'état général, à en juger par son aspect, eut peu à souffrir de cette inaction.

Les derniers rapports sexuels ayant eu lieu le 29 novembre 1868, il s'ensuit que la grossesse ne saurait aujourd'hui compter moins de neuf mois: elle peut même remonter à une date antérieure.

Il y a une dizaine de jours, les mouvements du fœtus, jusqu'alors très visibles et nettement appréciables à la palpation, ont cessé de se manifester, ce qui tient, à n'en plus douter, à la mort de l'enfant. Une fièvre assez intense (110 à 120 pulsations) était apparue, cinq jours avant la cessation de ces mouvements, et, depuis ce moment, elle persiste à peu près sans variation.

En même temps que l'on constatait l'immobilité de l'enfant, on vit se produire des phénomènes de travail : douleurs comme pour accoucher, et léger écoulement de sang par la vulve. Un caillot du volume d'une amande fut retiré du fond du vagin ; le col lui-même aurait, paraît-il, subi des modifications tendant à produire son effacement et sa dilatation?

Mais ce travail ne continua pas, et tout rentra bientôt dans le calme, en sorte que la patiente, certainement enceinte de neuf mois au moins, n'offre à l'heure actuelle aucun signe qui fasse prévoir un prochain accouchement. Voici maintenant les résultats que m'a fourni l'examen attentif de la malade : aspect extérieur satisfaisant, bien qu'au dire des personne qui connaissent la malade, celle-ci ait évidemment maigri. Léger

œdème des membres inférieurs et des parties génitales. Langue nette. Appétit exagéré. Pouls à 110.

L'abdomen, modérément proéminent, est surtout développé dans le sens transversal, et n'a que le volume correspondant à une grossesse de huit mois.

La palpation abdominale éveille quelque sensibilité, mais ne détermine pas, à proprement parler de douleur. Elle permet de s'assurer que la tumeur de l'abdomen remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et reste distante de l'épigastre de cinq travers de doigt. Une exploration minutieuse me fait reconnaître l'existence de trois tumeurs qui semblent distinctes :

1° En avant et un peu à gauche de la ligne médiane, s'étendant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, on sent une tumeur arrondie, du volume d'une tête de fœtus à terme, dont la consistance, modérément ferme, acquiert, à un certain moment, la dureté du bois. Cette constatation est d'ailleurs accompagnée de douleur. Cettte tumeur n'est autre que celle formée par le globe utérin.

2° A gauche, un peu au-dessus de la masse précédente, on trouve une autre tumeur grosse comme la tête d'un enfant de 3 mois, très superficielle, séparée de la main qui explore par la seule paroi abdominale ; tumeur mate et tout à fait fluctuante, qui me paraît être formée par un kyste de l'ovaire gauche.

3° Une troisième tumeur, plus volumineuse que les deux premières, qui s'étend dans le sens transversal et qui, surtout, occupe le côté droit de l'abdomen. Verticalement, elle dépasse en haut de trois travers de doigt le niveau de l'ombilic, et plonge en bas dans l'excavation pelvienne. La paroi souple peut être distinguée de celles de l'abdomen, mais moins aisément que lorsqu'il s'agit des parois d'un utérus gravide. Elle offre une consistance demi-molle avec des parties solides d'inégale dureté, que je crois être des parties fœtales. Elle n'est point fluctuante.

Vers sa partie supérieure, la main perçoit un frémissement, une sorte de susurrus.

L'auscultation de l'abdomen révèle l'existence d'un bruit de souffle très intense, se produisant dans toute la moitié droite et la région moyenne du ventre, ainsi que dans la tumeur contractile que nous avons dit être l'utérus.

Ce bruit de souffle et le frémissement dont je viens de parler sont évidemment deux manifestations d'un même phénomène. Pas de bruit de souffle à gauche, au niveau du kyste ovarique.

Par le toucher vaginal, je constate que le col utérin est à la profondeur normale et repoussé en avant par la masse morbide qui plonge dans le bassin ; sa lèvre postérieure, longue et flottante, est tout à fait ramollie, de même que la paroi vaginale. La lèvre antérieure ne forme au contraire qu'une légère saillie. L'orifice du museau de tanche laisse pénétrer

l'extrémité du doigt; mais celui-ci, à environ 15 millimètres de profondeur, est arrêté par un obstacle presque infranchissable. Est-ce l'orifice interne ? Il me semble plutôt que cet obstacle est dû au refoulement de la paroi postérieure par la tumeur pelvienne.

Le toucher rectal ne procure aucune donnée importante.

Les seins, complètement flasques, n'offrent aucune des modifications habituelles de la grossesse. Mais la malade est d'un roux accentué.

Enfin, l'émission des urines est, paraît-il, plus fréquente que dans l'état de santé, en même temps que légèrement douloureuse. Jamais le liquide, qui est très riche en kystéine, n'a renfermé d'albumine. La constipation est souvent opiniâtre.

D'après les détails qui précèdent, je formule le diagnostic suivant: *grossesse extra-utérine très probable, enfant mort, kyste ovarique concomitant.* L'expectation me paraissant nettement indiquée, je déconseille pour le présent toute intervention opératoire.

9 août. J'examine pour la seconde fois la malade en compagnie du Dr Gonnard. Depuis la dernière visite, l'état général s'est sensiblement amélioré. La fièvre a diminué, le pouls ne donne plus que 104 à 108 ; les mouvements de la malade sont devenus possibles; le faible œdème des membres inférieurs et des parties génitales a disparu presque entièrement. Le ventre, moins sensible, paraît aussi un peu moins volumineux. C'est surtout dans la masse du kyste fœtal que semble s'être effectuée la réduction. Du mucus, légèrement teinté en rouge, s'écoule par le vagin, mais en quantité insignifiante. Depuis le 28 juillet, il s'est produit trois essais de travail. Chacun des deux premiers a duré environ vingt-quatre heures. Le troisième, un peu plus sérieux, s'est accompagné d'un faible écoulement sanguin. En ce moment, rien n'annonce le retour d'un semblable effort.

Le nouvel examen que je pratique ne fait que me confirmer dans ma première manière de voir. Les trois tumeurs sont bien distinctes, et leur existence me paraît absolument incontestable. Le kyste de l'ovaire est si superficiel et si fluctuant, qu'une légère percussion détermine une sorte de tremblottement de toute sa masse. Le globe utérin se dureit et se dessine promptement sous la main qui l'excite en le malaxant un peu.

Enfin la tumeur fœtale, située en arrière et à droite des deux précédentes, renferme une masse solide composée de parties non détruites et mobiles. Cette mobilité mise en jeu par la palpation attentive de la tumeur au niveau de la fosse iliaque droite, donne lieu à la production d'une sorte de crépitation, indice d'un frottement qu'on fait paraître à volonté.

La main appliquée sur le ventre, au niveau du kyste fœtal, ne perçoit pas de mouvements, alors qu'on s'efforce d'en produire dans la tumeur pelvienne à l'aide d'un doigt introduit dang le vagin, et réciproquement. Cette dernière est pourtant, à n'en guère douter, une portion du kyste

fœtal engagée dans la moitié supérieure et postérieure de l'excavation; mais elle s'y trouve trop resserrée pour qu'on puisse la rendre mobile. Du fond de la matrice au museau de tanche, on perçoit au contraire une faible transmission de mouvements.

Cette fois encore je conseille de persévérer dans l'expectation.

12 août. Le Dr Gonnard m'informe que la fièvre a beaucoup diminué depuis deux jours, et que la masse abdominale a perdu peu à peu de son volume.

Le 17. Une troisième exploration me permet de constater à nouveau les phénomènes que j'ai signalés. Même bruit de souffle intense; mêmes particularités offertes par le toucher. La portion pelvienne de la tumeur fœtale descend jusque derrière la paroi postérieure du vagin. La malade a perdu, me dit-on, *un caillot fibrineux* du volume d'un petit œuf de poulet Les seins restent affaissés; néanmoins, on remarque que leur amaigrissement n'a pas suivi la même proportion que le reste du corps. Des pressions exercées sur l'auréole fond sourdre, par le mamelon, quelques gouttes de colostrum.

Le pouls est tombé à 84; l'appétit reste exagéré; l'amélioration me paraît évidente.

A partir de cette époque, je ne revis plus la malade, et j'ignorai quel avait été son sort. Mais M. Gonnard, répondant à ma demande, a bien voulu me donner tout récemment les détails suivants : « Sept semaines après la mort du fœtus, c'est-à-dire vers la fin du onzième mois de la grossesse, il se produisit brusquement une rupture du kyste fœtal. Cette rupture mit la tumeur en communication avec le tube intestinal, probablement dans sa partie supérieure, car aussitôt il y eut des évacuations abondantes par le haut et par le bas. Environ deux litres d'un liquide rougeâtre furent ainsi expulsés; puis péritonite suraiguë, collapsus profond avec extinction de la voix, sueurs visqueuses et algidité de la peau; enfin, mort en quarante heures. »

Observation XXXII.

Appelé en consultation pour Mme D..., avec MM. Van der Macsen père, de Haulgne et Gillis, nous avons recueilli les renseignements suivants :

Mme D..., de constitution lymphatique, âgée de 20 ans, réglée pour la première fois à 14 ans, a eu son premier enfant en novembre 1883.

Le 27 janvier 1884, après un voyage en chemin de fer, elle eut une légère perte de sang qui cessa bientôt. On ne crut pas devoir appeler le médecin.

Les dernières règles apparurent le 20 mai 1884. Depuis ce moment jusqu'au mois d'octobre 1884, c'est-à-dire à peu près jusqu'à quatre mois et demi de grossesse, la santé de Mme D... fut excellente.

Du 5 au 18 octobre, elle fut traitée pour une typhlite.

Le 30, elle voulut faire en voiture un trajet de quelques kilomètres. A peine avait-elle parcouru une centaine de mètres, sur un chemin excessivement rocailleux, qu'elle fut prise de douleurs subites et violentes dans le ventre ; on dut la descendre de voiture et la transporter à bras chez elle.

Le Dr Gillis fut appelé ; il vit la malade une heure après l'accident. Par le palper on déterminait de la douleur, au niveau de l'ovaire droit et de l'utérus. Au toucher on pouvait constater la grande sensibilité du col ; il était chaud et fermé. Un traitement antiphlogistique, le repos et des injections vaginales tièdes firent cesser toute douleur en dix jours

Du 8 novembre 1884 au 24 avril 1885, rien de particulier à noter, sauf 1° une prolongation de la grossesse, qui devait être arrivée à dix mois environ, si l'on faisait partir la grossesse de la première suppression, et même à peu près à onze mois, si on la faisait remonter à la cessation des dernières règles ; 2° une gêne continuelle dans le flanc gauche, attribuée à la position transversale du fœtus, diagnostiquée par l'inspection qui renseignait un grand développement du ventre dans le sens transversal ; par le toucher, qui indiquait l'absence de la tête dans les environs du détroit supérieur, et par le palper qui permettait de constater la tête à gauche et le siège à droite.

Le 24 avril 1885, Mme D... fut prise de douleurs subites ; on crut à l'arrivée de l'accouchement, et l'on appela les Dr Vandermaesen et Rosette qui constatèrent l'absence de tout travail et l'existence d'une inflammation du côlon ascendant. Le soir, à l'arrivée du Dr Gillis, les douleurs spontanées avaient cessé, la palpation en révélait encore à droite.

Le 27 avril, à 6 heures du matin, nouvel accès de douleurs partant de la région sous-hépatique, s'irradiant dans tout le ventre, jusque dans la jambe droite. L'accès apparaissait subitement et disparaissait de même, ne laissant après lui que de la sensibilité dans la région sous-hépatique, et une douleur assez forte à la pression, dans la région péri-ombilicale. Les accès furent attribués à la présence de calculs biliaires, mais l'examen des selles ne vint jamais confirmer ce diagnostic. Le dernier accès eut lieu le 13 mai ; on ne pouvait plus l'attribuer à la présence de calculs biliaires ; on devait plutôt penser à une inflammation de l'utérus, parce que les mouvements de l'enfant, excessivement fréquents, arrachaient des plaintes à la malade. Ces mouvements, si fréquents du 13 au 17 mai, cessèrent ce dernier jour, et les battements du cœur du fœtus ne furent plus entendus.

A partir de ce moment le ventre se développa rapidement ; le gros intestin, dilaté par des gaz, se dessinait parfaitement. A peine la malade pouvait-elle garder un peu de bouillon et de jus de viande, tant les vomissements étaient fréquents. Cet état dura jusqu'au jour de notre consultation qui eut lieu le 28 mai.

Ce jour-là, nous constatons les faits suivants : faciès altéré, teint jaunâtre, amaigrissement considérable ; yeux saillants, cernés, pouls filiforme et accéléré. Température normale.

Examen du ventre. — Abdomen tendu à l'extrême, la peau luisante semble sur le point de se déchirer. Le ventre ne présente aucune saillie. A travers la paroi abominale tendue, on ne sent rien qu'une fluctuation plus profonde dans tous les points de l'abdomen, mais ne se transmettant guère d'un flanc à l'autre. Pas de mouvements actifs, pas de perception des bruits cardiaques.

Examen vaginal. — Le col est reporté en arrière ; il est légèrement ramolli, l'orifice externe est entr'ouvert et permet l'introduction de l'extrémité de l'indicateur, qui constate l'existence de quelques fongosités ; le doigt ramène quelques débris membraneux et un peu de sang.

Dans le cul-de-sac antérieur, on sent que le col a une assez grande longueur et que l'utérus paraît avoir le volume de deux poings. L'organe entier occupe la ligne médiane et est légèrement incliné en avant. L'exploration des culs-de-sac ne fournit aucun renseignement : on ne sent absolument rien.

Le diagnostic dans ces circonstances était très difficile. Il y avait certains renseignements dont il fallait tenir grand compte, savoir : l'existence des mouvements actifs perçus antérieurement et la constatation des bruits du cœur, fournis par un médecin dont nous connaissons la valeur ; mais enfin, tout le monde pouvant se tromper, les renseignements n'avaient pas toute la portée qu'ils auraient pu avoir pour nous, si nous avions pu les observer.

On pouvait donc conclure que s'il y avait grossesse, ce n'était pas en tout cas une grossesse utérine. D'un autre côté une grossesse intra-utérine sans douleurs, dans les premiers mois de la gestation, sans le moindre dérangement, sans déplacement de l'utérus, était un fait bien rare. En présence de la non-transmission nette du choc du liquide d'un côté à l'autre de l'abdomen, n'étant pas certain qu'il y avait grossesse extra-utérine, nous devions admettre que nous avions affaire, ou à un kyste multiloculaire ou bien à un kyste fœtal de l'ovaire.

Le 2 juin, une ponction est pratiquée sur une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antéro-supérieure droite. Un liquide séreux, rougeâtre, s'écoule par le trocart; le jet étant arrêté de temps en temps, l'on est obligé d'introduire un stylet boutonné dans le trocart, pour permettre l'écoulement d'une nouvelle quantité de liquide. On en obtient environ deux litres.

Le trocart retiré et la petite plaie oblitérée, nous pratiquons le palper abdominal. Grâce à la légère diminution du ventre, nous parvenons à sentir deux tumeurs solides dans les flancs, mais la distension est encore telle, que les perceptions sont loin d'être nettes ; nous ne parvenons pas à en déterminer la nature.

L'état général de la malade est encore plus mauvais, nous nous décidons à pratiquer la gastrotomie.

Le 4 juin. Incision : on tombe sur un kyste fœtal, sortie d'un liquide noirâtre, gaz infects, on extrait le fœtus. Le kyste étant bien adhérent les intestins ne peuvent s'échapper.

Le kyste fœtal était inséré sur le fond de l'utérus et sur ses faces antérieure et postérieure. On put enlever les trois quarts du délivre, le reste est laissé.

On nettoie : nous constatons alors que vers la droite, il existe une cloison dont l'intégrité a été détruite partiellement par le sphacèle. Dans cette poche, que l'on nettoie également, nous trouvons des cheveux ; nous en extrayons de véritables pelotes. C'était bien le kyste dermoïde que nous avions perforé en ponctionnant l'abdomen pour rendre le palper plus facile.

Les jours suivants se passent bien, mais les pansements ont une odeur repoussante. On s'entoure de toutes les précautions antiseptiques, et après des alternatives de bien et de mal, la malade meurt d'une hémorrhagie interne, le vingtième jour après l'opération.

Wasseige dans ses conclusions dit : « 2° La grossesse extra-utérine était évidemment abdominale, nous pensons devoir l'attribuer sans hésitation au développement antérieur d'un kyste dermoïde qui aura permis la fécondation et aura empêché le germe de suivre le trajet habituel pour se développer dans l'utérus. »

Cette observation montre bien encore comment c'est la grossesse extra-utérine qui domine la scène.

OVARIOTOMIES PENDANT LA GROSSESSE.

A. — Avec blessure de l'utérus

Suture.

Chiara. 5e *Congrès gén. ital. Section d'obstet. et gyn.* (*Annales de gyn.*, XXV, p. 391.) — Secondipare, 34 ans. Cystosarcome. Laparotomie. Ponction de l'utérus, blesse le fœtus. Suture. Accouchement à terme dans des conditions normales.

Pollock. (*The Lancet*, 1862, vol. II, p. 257.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Grossesse non diagnostiquée. Accès de suffocation. Ponction. Cinq semaines plus tard, le 28 août 1862, ovariotomie vers le 4-5e mois. Ponction de l'utérus. Suture avec fils d'argent. Avortement le jour même. Mort deux jours après.

Erskine Mason. (*Centr. f. gyn.* 1878, p. 306 et *le Mouv. médical*, 1878, p. 19.) — Grand kyste de l'ovaire. Ponction de l'utérus. Sutures au catgut. Avortement le jour même. Meurt dix-huit heures après.

C. C. Lee. (*Transact. Am. gynec. Soc.* 1884. New-York, 1884, p. 154-171; *Ann. de gyn.*, T. XX, p. 317.) — Ponction de l'uturus. Sutures? Cinq semaines après, hémorrhagie. Accouchement forcé par le Dr Hancks.

Opération césarienne.

Sp. Wells. (*Obst. Transact.* Vol. XI, p. 259, 1re.) — Kyste de 14 kilog. placé devant l'utérus. 24 ans. Grossesse non diagnostiquée. Ovariotomie, août 1865, au 4-5e mois. L'utérus est ponctionné. Opération césarienne. Clamp.

Th. Hillas. (*Amér. Journ. of. med. sc.* 1876 p. 292). — 24 ans. Grossesse non diagnostiquée. 2 kystes. Ovariotomie le 13 juillet au huitième mois. Incision de l'utérus. Section césarienne. Clamp.

Lambert. (*Th. Lancet*, 1879. vol. II, p. 794). — 19 ans. Ponction, grossesse méconnue. Tumeur monokystique. Un mois après, le 15 janvier 1876, ovariotomie. Ponction de l'utérus. Opération césarienne. Guérison.

W. H. Byford. (*Amer. Journ. of. Obstet.*, 1879; *Centr. f. Gyn.*, 1879, p. 287). — Kyste uniloculaire. Grossesse non diagnostiquée, ovario-

tomie à six mois et demi. Ponction de l'utérus. Opération césarienne. Guérison.

Fortescue (G.) (*Australas, med. Gaz. Sydney*). — Tumeur de l'ovaire, kyste (?) compliquée de grossesse. Ovariotomie. Ponction accidentelle de l'utérus. Ablation de l'utérus par l'opération de Porro. Rétablissement.

Mosetig Moorhof. (*Wiener med. Wochensch.*, n° 29, 1881). — Kyste de l'ovaire. Grossesse à mi-terme. Ovariotomie. Blessure de l'utérus. Amputation. Guérison.

B. — Sans blessure de l'utérus

Interruption de la grossesse. — Mort.

Sp. Wells (7e). (*Obstet. Trans.*, vol. XIX, p. 188). — Kyste multiloculaire pesant 20 kilog. 30 ans. Rupture du kyste pendant la grossesse. Il y avait eu des ponctions répétées. Ovariotomie le 27 mars 1876 vers le 5-6e mois. Ligature. Avortement trois heures après. Mort huit jours après.

Meadow. (*The Lancet*, 1873, vol. I, p. 374, cas 4). — Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. 31 ans, le 20 avril 1872 ovariotomie au cinquième mois, le pédicule cautérisé, abandonné. Avortement vingt-huit heures après. Mort trois jours après.

Atlee (1re). (*Diagnosis of ovarian tumours*, p. 222, cas 63). — Kyste de l'ovaire de 81 livres poussant l'utérus en bas et en arrière. 28 ans. Grossesse supposée. Epuisée par 16 ponctions. Ovariotomie le 13 novembre 1850, au deuxième mois. Mort au troisième mois de vomissements incoercibles.

Withusen. (*Kommun. hospit. i. Kjobenhaw*, obs. n° 10, de Heiberg). — 20 ans, primipare. Grossesse non diagnostiquée. Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Ovariotomie le 29 décembre 1865 au quatrième mois. Clamp. Avortement six jours après. Péritonite. Meurt huit jours après.

Thornton. (*Transact. of the pathol. Society of London*, 1876, p. 212.) — Grand kyste multiloculaire de l'ovaire droit, à droite et devant l'utérus. Secondipare. A 4-5 mois ponction. 7 jours après, torsion du pédicule (3 tours). Gangrène. Douleurs violentes après s'être retournée dans son lit. Ovariotomie. Morte 16 heures après.

J. Boye. (*Howitz gynæk. og obstetr. med. dellelser*, Bd II, H I, p. 13 et p. 2.) — Kyste uniloculaire ; le contenu en partie purulent. 26 ans. Ponction, liquide sanguino-purulent. 2 à 3 mois après, ovariotomie au troisième mois, 18 novembre 1876. Ligature. Adhérences à la paroi

abdominale, au mésentère. Drainage. Avortement 4 jours après. 10 jours après l'opérée eut du tétanos. Meurt 15 jours après l'opération. Grossesse méconnue.

Lawson Tait. (*Obstetr. Transact.*, vol. XIX, p. 194.) — Ovariotomie au 7-8e mois. Accouchement prématuré 6-7 jours après. Meurt 6-7 jours après l'opération. Le pédicule était gangrené.

Gross. — (Inédite, voir l'obs.).

Krassowski. (Signalée par Kysnezow.) — Ovariotomie. Mort.

G. Thomas. (Statistique de Wilson.) — » »

Kimball. » » » »

Kimball. » » » »

Zwicke. (*Charité-Annalen*, 1883, p. 450). — Tumeur colloïde. Grossesse. Incision du kyste. Avortement. Mort.

Interruption de la grossesse. — Guérison.

Burd. (*London med. Gaz.*, 1847; *Canstatts Jahresb.*, 1847, Bd IV, p. 245.) — Kyste multiloculaire de 50 livres. 25 ans. Grossesse non diagnostiquée. Ovariotomie le 15 août 1846 au 3e mois. Avortement 2 jours après. Tympanite, hoquet, agitation. 7 semaines après, guérison.

Baum. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1876, p. 172.) — Grand kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, placé devant et sur l'utérus. A 4 mois 1/2 ponction. Dyspnée. Peu après, ovariotomie le 23 juin 1875. Antisepsie, adhérences, drainage. Avortement 2 jours après.

Sp. Wells. (6e) (*Obstetric. Trans.*, vol. XIX, p. 187.) — Kyste de 31 kilogs. 22 ans. Accouchée 7 fois. Abdomen très tendu, douleurs, ponction le 3 août 1872. Ovariotomie au 7e mois. Adhérences au mésentère. ligature. Accouchement prématuré le lendemain. L'enfant vit 3 heures.

Péan. (*Gaz. médic. de Paris*, 1880, p. 227.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Elargissement énorme de l'abdomen. Dignostic de la grossesse incertain. Grande faiblesse. Ponction au 3e mois : 22 litres. Amélioration. Un mois après, même état, donc ovariotomie le 8 mai 1876. Adhérences au mésentère. Avortement 4 jours après. Guérison.

Schroeder. (2e) (*Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.*, Bd V, H 2, p. 382.) — Grand kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. 29 ans. Secondipare. Prolapsus de l'utérus rétrofléchi. Grossesse. Ponction le 7 octobre 1876, suivie de suppuration du kyste. Ovariotomie le 30 octobre 1876 à 4-5 mois. Ligature. Paramétrite. Adhérence à la paroi abdominale. Avortement 13 jours après l'opération. Plus tard deux accouchements normaux.

Pippingskjöld. (*Nordisk mediciniks Arkiv.*, Bd XII, n° 27, p. 29.) — Kyste fluctuant de l'ovaire. 41 ans. XIpare. Grossesse soupçonnée. Ponction 11 février 1879, 12 litres 1/2 colloïde. Dyspnée. Douleurs qui ressemblent à celles de l'accouchement. Ponction le 28 février. Orthopnée. Douleurs d'enfantement le 8 mars 1879. Ovariotomie à 8 mois 1/2. Ligature ; les douleurs augmentent. Rupture des membranes après l'opération. Accouchement. Enfant mort. Sa mort était préparée par un extravasat sanguin ancien de l'arrière-faix.

Schroeder (4e). (*Zeitsch. f. Gebh. und Gyn.*, Bd, V., cah. 2, p. 384.) — Kyste du côté droit, 36 ans, XIIpare. Elargissement colossal du ventre, grands malaises. Ovariotomie le 30 avril 1878 au 7e mois. Ligature. Accouchement prématuré dans la 28e semaine, 4 jours après l'opération. Enfant mort.

Sp. Wells (9e). (*Obstet. Trans.*, XIX, p. 191.) — Kyste dermoïde de l'ovaire gauche pesant 6 kilog. 27 ans, secondipare. Souffrances qui augmentent a mesure que la grossesse avance ; le 11 décembre 1876, ovariotomie au 7e mois, ligature. Malaises, fièvre et albuminurie pendant les 15 jours suivants, puis amélioration. Accouchement prématuré 25 jours après l'opération, dans la 28e semaine environ. Guérison. L'enfant vécut 26 heures.

Whyte. (*Med. Tim. and Gaz*, vol. I, 1880, p. 423.) — Femme se trouvant enceinte au moment de l'ovariotomie, puis accouche 3 mois après d'un enfant mort.

Schroeder (7e). (*Zeitsch. f. Gebh. und Gyn.*, Bd, V., H. 2, p. 385). — Kyste dans l'abdomen et une autre tumeur de l'ov. dans le bassin. Vpare, 34 ans. Grand accroissement de la tumeur. Ovariotomie double le 31 janvier 1880, au 4e mois. Adhérences très répandues. Parotidite. Avorte 7 semaines après l'opération.

Veit. (*Berlin klin. Wochensch.*, p. 73, 1876.) — Grossesse de 4 mois. Prolapsus de l'utérus gravide. Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Ponction. Suppuration. Ovariotomie, avortement, le 13e jour la fièvre tombe. Epanchement non purulent saillant dans le vagin, cause de l'avortement. Rétablissement.

Lossen. (*Berlin klin. Wochensch.*, 1879, p. 212.) — Grand kyste ovarique. 27 ans. Abdomen plus développé qu'au 9e mois. Ascite, œdème des deux jambes et des grandes lèvres. Le 5 août 1876, ovariotomie au 2e mois. Clamp. Pansement ouaté. Avortement 8 semaines après l'opération. Grossesse non diagnostiquée. Sortie 5 semaines après l'opération.

Wilh. Banon. (*Galabin : obstetr. Trans.*, vol. XXI, p. 195.) — Ovariotomie à 5-6 mois. Antisepsie. Avortement. Guérit avec grande difficulté.

C. Weil. (*Prager medic. Woch.*, 1878, p. 351.) — Grand kyste colloïde de l'ovaire droit placé devant l'utérus, 31 ans. Grossesse. Ponction au 3e mois, 6,000 c. cubes. Suppuration, gaz, commencement d'avorte-

ment. C'est pourquoi ovariotomie le 4 janvier 1878 à la fin du 4e mois. Adhérences au mésentère, à la vessie. Ligature antiseptique. Durée deux heures, avorte le lendemain. Quitta la clinique 6 mois après l'opération, elle avait eu une paramétrite.

Spiegelberg. (*Berlin klin. Wochens.*, 1879, p. 253.) — Kyste de l'ovaire gauche, 23 ans. Ovariotomie au 3e mois. Le pédicule présentait un tour sur son axe, hémorrhagies fraîches sur la paroi du kyste. Ligature. Avortement trois jours après l'opération.

Ker. (*British. med Jour.*, 1880, p. 448.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire pesant 25 livres. 37 ans, mère de 7 enfants. En février, ovariotomie au 5e mois. Adhérences à la paroi abdominale antérieure. Ligature antiseptique. Avortement.

Sp. Wells (11e). (*Trad. franç. de Keser*, p. 223.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche, 28 ans. Ovariotomie le 22 janvier 1885. Grossesse de trois mois. Six jours après, avortement. Guérison rapide.

Rosenthal. (*Charite-Annalen, Jahrg.*, IX; *Centr. f. Gyn.*, 1885, p. 92.) — Forts malaises chez une femme de 30 ans, accouchée 4 fois, et au 5e mois. Ovariotomie le 27 septembre. Utérus déformé, reprend sa forme. 19e jour avortement qui semble dû à la brièveté du pédicule et par suite aux tiraillements exercés sur l'utérus.

Bennet. (*Cent. f. gyn.*, 1882, p. 463; *New-York med. Record*, 1882, n° 1.) — Tumeur ovarique et grossesse au 3e mois. Enlèvement d'une tumeur de 50 livres. Avortement 10 jours après. Guérison rapide.

Knowsley Thornton. (*Soc. obst. de Lond.; Arch de toc.* 1886.) — Femme de 22 ans, au 3e mois, ventre énorme. Tumeur fluctuante. Accès de douleurs, élévation de température, défaillances. Kyste. Grossesse diagnostiquée. Ovariotomie ; on extirpe les deux ovaires. Guérison. Accouchement au 8e mois.

Sp. Wells (5e). (*Mal. des ovaires.*) — Tumeur fibreuse de 5 kilogr. 29 ans. Un enfant. Croissance rapide de la tumeur. Ponction peu avant l'ovariotomie faite le 13 mars 1872 au 4e mois. Ligature. Avorte au 6e mois.

Bertaceini. (*Raccoglit. med.*, 1883.) — Femme enceinte de 4 mois. Ovariotomie pour un gros fibro-sarcome de l'ovaire. 5 jours après, avortement. Plus tard péritonite. Guérison.

La grossesse continue son cours. — Guérison.

Atlee. (*Diagnosis of ovarian tumours*, p. 237.) — Kyste multiloculaire de l'ovaire, 33 ans, IVpare. Grossesse non diagnostiquée; la sonde utérine est introduite au 2e mois. Le 30 août 1870, ovariotomie au 2e mois. Fortes adhérences.

Marion Sims. (*The med. Times and Gaz.*, 1865, vol. II, p. 359.) — Mère de 5 enfants 32-33 ans, la maladie survenue après la dernière grossesse. Ovariotomie au 3e mois. Accouchement naturel à terme.

Sp. Wells (2e). (*Obstetr. Transact.*, vol. XI, p. 261.) — Kyste multiloculaire de 19 kilogr., et demi, le 14 août 1869. Rupture. Ovariotomie au 3-4e mois. Clamp. Accouchement à terme normal.

Sp. Wells (3e). (*Obstetr. Transact.*, vol. XIII, p. 275.) — 29 ans. Kyste de 7 kilogr. et demi. Grands malaises. Croissance du kyste. Le 20 décembre 1870, ovariotomie au 3e mois. Clamp.

Sp. Wells (4e). (*Maladie des ovaires.*) — Kyste dermoïde de 19 kilogr. 38 ans, VIpare, a eu 5 enfants depuis son kyste (une fois version). Grande croissance de la tumeur; le 4 septembre 1871, ovariotomie au 3e mois. Adhérences. Pas de pédicule. Ligature. Accouchement à terme.

Sp. Wells (8e). (*Obst. Trans.*, XIX, p. 189.) — 41 ans. 6 accouchements, plusieurs avortements. Kyste de l'ovaire pesant 3 kilogr. et demi, de l'ovaire droit. Ponction au 3e mois. Symptômes de péritonite. Le 12 septembre 1876, ovariotomie au 4e mois. Clamp. De légères adhérences. Accouchement à terme.

Sp. Wells (10e). (*Maladies des ovaires.*) — Tumeur pesant 5 kilogr. Novembre 1877, ovariotomie au 4e mois. Accouchement normal.

Schroeder (1re). (*Zeitsch. f. Gebh. und Gyn.*, Bd V., H. 2, 381.) — Tripare, 22 ans. Kyste multiloculaire, volume tête d'adulte. Vers 2 mois et demi, rétroflexion de l'utérus gravide. Essais de reposition inutiles. Accroissement rapide. Poussées de péritonite. Réduction spontanée de l'utéus. Ovariotomie, 25 mai 1876, à 7 mois. Ligature antiseptique. A terme, normal.

Schroeder (3e) (*id.*). — 28 ans. Accouchée deux fois. Grand kyste de l'ovaire gauche. L'utérus rétroversé. Ovariotomie le 27 janvier 1878, au 4e mois, adhère à la paroi abdominale. Pédicule tordu. Ligature. Accouchement à terme.

Schroeder (5e) (*id.*). — Primipare. Tumeur comme un utérus à terme du côté droit. Accroissement rapide de l'abdomen. Ovariotomie le 25 mai 1878, au 3e mois. Pédicule tourné une fois sur son axe. Ligature. Accouchement lent et régulier.

Schroeder (6e) (*id.*). — VIpare. Grande tumeur de l'ovaire gauche. Kyste. Le 5 septembre 1879, ovariotomie à 3 mois et demi. Peu d'adhérences. A terme.

Laroyenne. (*Lyon médical*, 1880.) — Kyste uniloculaire de l'ovaire plus gros qu'une tête d'enfant. 20 ans. Ponction vers 3-4 mois. 6 litres de liquide couleur sang. Ovariotomie à 4-5 mois. Guérison en trois semaines. Accouchement à terme.

Heyvood Smith. (*Brit. med. Journ.*, 1878, p. 319.) — Grand kyste de l'ovaire qui s'accroît. 25 ans, trois accouchements. Grossesse le 12 juin 1878. Ovariotomie à 4 mois et demi. Fortes adhérences à la paroi. Ligature antiseptique. Accouchement à terme.

Galabin. (*Brit. méd. Journ.*, 1880, p. 397). — Tumeur de l'ovaire droit consistant en plusieurs kystes avec des papilles épithéliales sur la

paroi interne. Douleurs, dyspnée. Ponction au cinquième mois. 21 pintes. Réaccumulation rapide du liquide, c'est pourquoi le 7 juillet 1879 ovariotomie au sixième mois. Adhérences. Antisepsie. Phlegmatia. Accouchement à terme.

Howitz. (Obs. I, thèse de Heiberg.) — Kyste dermoïde mobile du volume d'une tête d'enfant. Ovaire gauche. 40 ans multipare. Accroissement de la tumeur pendant la grossesse. Ovariotomie le 19 août au quatrième mois. Adhérences. Ligature antiseptique. A terme.

Kysnezow. Réunion des médecins à Saint-Pétersbourg, 1881 (*Centr. f. gyn.*, 1881, p. 349.) — grossesse de quatre mois. Kyste uniloculaire de l'ovaire gauche. Guérison sans fièvre.

Veit. (*Klin. med. Wochenschrift*, 1876, p. 51.) — Femme de 22 ans. Kyste multiloculaire. Enceinte de sept mois. Ovariotomie. Abandon du pédicule. Pas d'adhérences. Guérison. A terme.

Golenvaux. (*Acad. roy. de med. de Belg.*, 1881.) — 37 ans. Ventre développé depuis trois ans. Grossesse de 5 mois et demi et kyste ovarique droit, dysurie, vomissements depuis quinze jours. Ovariotomie. Guérison. A terme.

Golenvaux (*id.*). — Kyste droit. Ponction. Grossesse de quatre mois. Ovariotomie, 15 septembre 1881. Guérison. A terme.

A. Martin. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1878, p. 224.) — 28 ans. Kyste dermoïde gros comme les deux poings. Au troisième mois, la tumeur était au-dessus de l'utérus et l'empêchait de monter. Symptômes d'avortement; donc ovariotomie le 29 juillet 1877, au troisième mois. Ligature antiseptique. Accouchement à terme.

Pean. (*Gaz. méd. de Paris*, 1880, p. 189.) — Tumeur cancéreuse, et kyste de l'ovaire gauche, cancer du mesentère adhérent à la tumeur. 23 ans bipare. Grossesse non diagnostiquée, ovariotomie avril 1876, au septième mois, et enlèvement de partie cancéreuse. Prompte guérison. Accouchement spontané à terme.

Baum. (*Centr. f. Gyn.*, 1878, p. 76.) — Kyste peu mobile du volume d'une tête d'enfant à gauche. 42 ans. Neuf enfants. Douleurs vives. Ponction à 2-3 mois. Le liquide se reforme et douleur. Ovariotomie le 16 juillet 1877, à 4-5 mois. Ligature antiseptique. Adhérences légères. A terme.

Pernice. (*Arch. f. Gyn.*, Bd. XIV, H. 3, p. 438.) — Kyste proliférant glandulaire de l'ovaire gauche cachant l'utérus. 27 ans 1/2. Tumeur depuis trois ans. Ponctionnée dans ces dernières années. Très souffrante. Ovariotomie le 8 juillet 1878, au quatrième mois. Clamp. Guérison. A terme. Grosseur non diagnostiquée.

Pippingskjöld. (*Nordiskt medicinkst Arkiv*, Bd XII, n° 27, p. 29.) — Kyste de l'ovaire droit. 34 ans. Mère de 2 enfants. 1 avortement et 2 jumeaux à 6 mois, 27 juillet 1877. Ovariotomie le 27 juillet 1877, au 5e mois. Accouchement le 3 novembre 1877, facilement.

Wilson. (*The med. Record, N.-Y.* 1880, p. 440, vol. XVIII.)— Grand kyste de l'ovaire droit, 8 accouchements, une fois gémellaire, ovariotomie au 4e mois. Accouchement à terme. Il y avait une torsion récente du pédicule, d'où épanchement kystique sanguin.

Netzel. (*Hygiea*, Bd XLIII, 1881, p. 505.) —Tripare, grand kyste à paroi mince. Grossesse supposée. Ovariotomie au 5e mois en fin 1880. Presque pas d'adhérences. A terme.

Storry. (*Lancet*, 1882, p. 985, vol. II.) — Ovariotomie avec succès chez une femme enceinte de 4 mois. Guérison au bout de quatre semaines. Accouchement à terme.

Poeckel. (*Soc. de med. de Strasb.; Arch. de tocol.*, 1880, p. 251.) — 28 ans, mère d'un enfant. Enceinte de 5 mois. Kyste multiloculaire depuis un an. Ovariotomie le 28 juillet. Pas d'adhérences. Pédicule recliné, drainage avec tube de verre. Lister. Guérison à terme.

Von Wahl. (*Saint-Pétersb. med. Wochenschr.*, 1883, p. 69.). — Kyste de l'ovaire droit. Grossesse de 3 mois, ovariotomie. Réouverture de la plaie au 9e jour après l'opération avec issue des intestins. Cicatrisation nouvelle. Guérison. Accouchement à terme.

Engström. (*Finska läk-sällsk hand-Helsingfors*, 1885, p. 189.) — Femme de 23 ans. Un avortement. Reconnaît sa tumeur. Kyste du volume d'une tête d'enfant. Ovariotomie le 2 décembre 1884 (3-4 mois) pendant la grossesse. Guérison facile. A terme.

Coles (Walther). (*Saint-Louis*, 1882, rep. par *Saint-Louis med. Journ.*) — Gros fibrocyste de l'utérus et kyste ovarien. Grossesse. Opération. Guérison. Cours de la grossesse ?

Lawson Tait. (*The med. Tim. and. Gaz.*, 1880, vol. I, p. 357.) — Kyste parovarique du côté droit. 36 ans. Tout à coup de fortes douleurs et malaises au 4e mois. Le jour même ovariotomie, 11 novembre 1879. Rotation, trois tours. Accouchement à terme normal.

Observations avec détails insuffisants.

C. Ruge. (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1878, p. 659.) — Tumeur de l'ovaire avec un kyste parovarique du volume d'un œuf d'oie. Ovariotomie au 3e mois. Pas d'autres détails.

Teale. (*Provinc. med. J. Leicester*, 1885, p. 377.) — Ovariotomie pendant la grossesse.

M. Graw. (*Detroit clinic.*) — Ovariotomie pendant la grossesse.

Britan. (*Laitop Khirurg. obst. v. Mosk*, 1885, p. 182-191.) — Ovariotomie pendant la grossesse.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

AHLFELD. — Bericht uber arb. a. d. Geburtsh. gyn. Klin. zu Marburg, 1885, 122, Geburten bei grossen Tumoren der Unterleibshöhle.

ANDERSON. — Edinb. med. Journ., t. II.

ASHWELL. — Diseases peculiar to Women, 1848. — Gaz. méd. de Paris, 1837.

ATHILL. — Dubl. Journ. of med. sc., 1879, p. 323 — 1880, p. 16.

ATLEE. — American Journ. of med. scienc., 1855, p. 390.

AYROLLES (Pierre). — Ann. de gynéc., XXIV, p. 124.

BAADER. — Corresp. Blatt. für Schweiz. Aertze 1875.

BANTOCK. — Brit. med. Journ. 1878, p. 766. — The obst. Journ. of great Brit. a. Irel., vol. IV, 1877.

BARLOW. — Medic. chir. Review, 1836, t. XXV, p. 365.

BARNES. — Arch. de tocol., 1879, p. 49. — Gaz. hebd.

BARNES. — St-Georges hosp. Rep., 1874-1876.

BARNES. — Obstet. Trans., vol. XI, p. 201.

BARNES. — The Lancet, 1861, vol. II p. 105. — Operat. Obstétric. — Maladies des femmes, trad. franç., 280, 295, 302, 340, 293.

BASC. — Rev. med., t. VII, p. 428.

BAUDELOCQUE. — L'art des acc., 3e édition.

BÉCLARD. — Bullet. de la Fac. de méd. de Paris, n° 20, p. 172.

BEGBIE. — The Lancet, 1844.

BEHREND. — Allgemeines Repertorium der Medicin und Chirurg., 1837, Bd III, p. 344.

BERRY. — Obstetr. Trans., vol. III, p. 263.

BESNIER. — Gaz méd. de Paris, 1850, n° 10.

BETSCHLER. — Betschler's Annalem, p. 109.

BIDDER et SUTUGIN. — Klinischer Bericht. Petersb., 1874.

BIERMANN. — De hydrope ovarii, Gœttingen, 1846.

Black. — The Lancet, 1863, vol. II, p. 62.
Blundell. — Pract. Obst., Edinb., I, p. 71.
Boivin (Mme) et Dugès. — Mal. de l'utérus, t. II, p. 528.
Braun, Chiari, Spæth. — Klinik. 661.
Braun. Wien. med. Wochensch., 1859.
Breict. — In thèse de Jetter, p. 9.
Brewer. — Obstet. Trans., XX, p. 184.
Brons. — Diss. inaug., 1873.
Bruch. — Soc. de chir., 16 déc. 1885.
Bruntzel. — Diss. Breslau, 1882. Ueber die Complicationen von Schwangersch. Geburt und Wochenbett mit Eierstocksgeschwulsten.
Bryant. — The Lancet, 1867, vol. I, p. 80.
Bühring. — Heilung der Eierstocksgeschwulsten. Berlin, 1848.
Burd. — Med. chir. Transact, XXX, p. 95, 1847.
Burns. — Princip of Midwif., p. 35.
Broomall. — Amer. Journ. of obst., 1884, p. 1019. — Centr f. Gyn., 1885, p. 283.
Byford. — N. Y. med. Record, vol. XVIII, p. 440.
Cahen. — Berl. klin. Wochenschrift, 1869, p. 558.
Camden. — Phil. med. a. chir. Rep., 1871.
Carter. — Obstetr. Trans., vol. XIX, p. 194.
Casate. — Raccoglitore med., 1861.
Cayla. — Thèse de Paris, 1882.
Cazeaux. — Trait. d'acc., p. 625 et Bull. de l'Acad., 1856, t. XXII, p. 28,
Cazin. — Des kystes ov. coincidant avec la gross. Extr. de Sp. Wells, Arch. de tocol.. 1876, p. 404.
Chambers. — Obst. Trans., vol. XIX, p. 196.
Chailly. — Traité prat. de l'art des acc. Paris, 1878, p. 319.
Charpentier. — Tr. prat. des accouchements, Paris, t. II, p. 299.
Charcot. — Gaz. méd. de Par., 1852, p. 540.
Chiara. — Soc. ital. d'obst., de gyn. et pédiat., 16 sept. 1885.
Chowne. — Lancet, 1847, p. 362, t. I.
Clay (Ch.) — Lond. obst. Trans., I, 226, 1860.
Courty. — Malad. de l'utér., t. II, p. 1280.
Cousin. — Thèse de Paris, 1877.
Crawford. — N. Y. med. Rec., vol. XVIII, p. 476.
Credé. — Arch. f. Gyn., Bd V, p. 161.
Cruveilhier. — Dict. de méd. et chir. prat., t. I, p. 252. — Revue méd., XXXIII, p. 229.

DANCE. — Chereau, mal. des ov., p. 171.
DAVAINE et SCHNEPF. — Gaz. med. de Paris, 1852, p. 317.
DAVIES et CURLING. — The Lancet, 1861, vol. II, p. 519.
DAVIS. — Elements of oper. Midwif., p. 105.
DECÈS. — Bull. de la Soc. anat., 1854, p. 265.
DELPECT in LEBERT. — Gaz. méd. de Paris, 1853, p. 182.
DENIS. — Dict. des sciences, XXIX, p. 30.
DENMANN. — Introd. to the practice of Midwifery, 4e édit., p. 324. Cap. X.
DOUMAIRON. — Thèse de Strasb., 1868. Etude sur les kystes ovariq. compliq. la gross., l'acc., la puerpéralité.
DUMONT. — Monit. des hôpit., t. I, p. 278.
DUPLAY. — Mem. de l'Ac. de méd.. 1878. — Ann. de gyn., 1878.
DURAND. — Biblioth. du méd. pratic. de Fabre, 1843, t. I, p. 164.
DUUN. — Virginia med. Monthly, dec. 1874, p. 39.
EBELL. — Berl. Beitr. zur Gebh. u. Gyn. II Bd, p. 108.
EDWARDS (JOHN.) — The Lancet, 1861, vol. II, p. 336.
EHRHARDSTEIN. — Med. chir. Review, 1833, t. IX, p. 242.
ELKINGTON. — Brit. Record of obstetric medicine, Manchester, t. I, p. 11, 1848.
ELSSASER. — Ueber den Einfluss der Ovarien-geschwulster, auf Schwangerschaft, u. Geb., Wurzb., 1855, 28, p. 80.
EMERY. — Acad. de méd., séance 22 novembre 1827.
ENGER. — Rheinische Monastschrift, 1849.
EUSTACHE. — Arch. de toc., 1881. — L'ovariotomie en 1880.
FALCK. — Hygiea, 1872, p. 299.
FETSCHERIN. — Bern. Diss., 1884. Ovarialtumoren als Complication von Schwangerschaften und Geburt.
FIELITZ. — Virch. Jahresber. 1874, Bd II, p. 744. et Zeitschr. für prackt. Med., 1874.
FISCHEL. — Prag med. Wochenschrift, 1884, 14-16.
— — — 1882.
FISCHER. — Virch. Jahresb, 1870, Bd II, 530.
FORT. — Rev. méd. chir. des mal. des femm., 1884, 260.
FOSSE-HARDING. — Lond. med. Gaz, XXVII, p.168.
FREMERY. — Diss. Traj. ad Rhenum, 1819.
GARDIEN. — Traité compl. d'accouch., t. I, p. 459.
Gesellschaft für Gyn. in Berl., 16 juin 1874, Berl. klin. Woch. p. 572.
GIBSON. — Barnes, St-Georg. hosp. Rep., 1874-1876.
GIDDINGS. — Boston medic. Journal, 1884.

GIFFARD. — Med. chir. Trans., vol. X, p, 72.
GILLETTE. — Soc. de méd. de Paris, 11 oct. 1879.
GIRSTOWT. — Virchow's. Jahresb., 1876, II, p. 559.
GISTREN — Swed. Ann. der medecin von Rudolphi, t. I, p. 148.
GODEFROY. — Gaz. obstét. de Par., 1875, p. 310.
GOLDSON. — Bœr. nat. med. obst., liv. 7, p. 27.
GOODING. — The Lancet, 1873, vol. II, p. 493.
GOOCH (BENJAMIN). — Med. and. phys. Commentar. by Society of phys. in Edinb., volume II, 1775.
GRANVILLE. — The Lancet, 1849.
GREENHALG. — Medic. Times, 1845, vol.XII, p. 67.
GROGNOT. — Thèse de Par., 1877.
GROS-FILLAY. — Th. Par., 1874, Ind. et contre-ind. dans le traitem. des kystes de l'ovaire.
GUENIOT. — Bullet. de thérap., 1866. Des grosesses compliquées.
GUENIOT. — Gazette des hôpitaux, 1872, p. 906.
HABIT. — Wien. Zeitschrift, Neue Folge, 1860, p. 659.
HAMILTON. — Pract. Obst., Edinb., 1836, I, p. 71.
HARDEY. — Obstetr. Transact, vol. V, p. 271.
HARDY. — The Lancet, avril 1845. — Juin 1844.
HARTMANN. — Monatsch. f. Geburtsk., Bd XXXIII, 1869, p. 196.
HEADLANG. — The med. Times, 1844, mai.
HECKER. — Monatsch. fur Geburtsk., VII, p. 98.
— Klinik der Geburtsk., p. 35.
HECKER. — Klinik der Geburtskunde, p. 35.
HEGAR et KALTENBACH. — Gynec. opér. trad. Bar.
HEIBERG. — Diss., Kjobenh., 1881. Om ovarieswulsten som compl. ved Svangerskab.
HELMUTH. — Homœop. Journ, of obst., N.-Y., 1884-5, 10-12.
HEIN. — Berl. Beitr. z. Gebh. u. Gyn., Bd I, 1872, p. 95,
HEMKEN. — Schmidt's Jahrb., 1863.
HERBINAUX. — Traité sur div. acc. labor., t. I, p. 297.
HERDEGEN. — Dissert. inaug., Tubingen, 1876.
HERERA VEGAS (RAFAEL). — Thèse de Paris, 1864, p. 47, 94, 138.
HERGREAVES. — The Lancet, 1878, vol. II, p. 476.
GRAILY HEWITT. — Diseases of women, p. 604.
HEWLETT. — Med. chir. Transact, t. XVII, p. 226.
HICKS BRAXTON. — Obstetr. Trans., XI, p. 164.
HEYDENREICH. — Soc. de méd. de Nancy, séance 25 mars 1885. — Rev. méd. de l'Est, p. 410.

HIRSCH (CARSON). — Provinc. mèdical Journ., 1846.
HIRIGOYEN. — Journ. de méd. de Bord., 1884-85, p. 404.
HIRSCH. — 1854. Dissert. Berl. De cystidum ovarii in conceptionem, gravid., partum efficacitate.
HONINGER et JACOB — Zeitsch. f. Geburtsk., t. XVI, p. 424.
HOOGEWEG. — Verhandlung. der Gesellsch. für Gebh. in Berlin, t. V, p. 46.
HOWITZ. — Gynäk. og obstetr. med. dellelser, Bd 2, Hf. 2.
HUE. — Thèse de Paris, 1883.
HUNT. — The Lancet, 1846.
HUNTER (JOHN). — The Lancet, 1861, vol. I, p. 83.
HUNTER. — N. Y., med. Journ., 1885, t. 41, p. 374.
INGLEBY. — In Lever Guy's hosp. Reports, 1843. — Edinb. Journ., 1830, janv.
JACKSON. — Lond. med. Repository and Review, vol. II.
JACQUEMIER. — Traité d'acc., t. II, p. 165.
JEFFERSON. — In Ashwell. Diseases peculiar to women, etc.
JETTER. — Diss. Tubingen, 1861, Ueber den Einfluss der Eierstockgeschwulsten auf concept. Schwangersch., Geburt, Wochenbett.
KALTENBACH. — Zeitsch f. Geburtsk. und. Gyn., Bd I, p. 541.
KEITH. — Edinb. med. Journ., 1867, p. 521.
KERSWILL. — Brit. med. Journ, 1880, p. 83.
KIDD GEORGES. — Dubl. Journ. of med. sciences, 1870, p. 470.
KING. — Behrend's Repertorium, 1837, t. III, p. 244.
KOB. — Berl. Beitr. zur. Gebh. u. Gyn., Bd II, 1873, p. 99.
KŒBERLÉ. — Gaz. des hôpit., 1866, 1867, 1868.
KŒBERLÉ. — Nouveau Dict. de méd. et chir. prat., t. XXV, p. 539.
KRAUSE. — Theorie und. Praxis der Geburstb., t. II, p. 77.
LACHAPELLE (Mme). — Pratiq. des accouch., t. III, p. 311.
LAFFON. — The Lancet, 1878, vol. II, p. 218.
LAMBERT. — The Lancet, 1879, vol. II, p. 794.
LARRIVÉE. — Lyon méd., 1880, n° 20-21.
LE BÈLE. — Thèse de Par., 1852. Des kystes de l'ovaire.
C. C. LEE. — Amer. Journ. Obstet. N. Y., 1883, vol. XVI, p. 286.
LEE. — Clinical Midwifery, 1842.
LEFHOLZ. — Diss. Halle Beitr. z. Complicat. der Geburt durch Geschwulste der Weichtheile in kleinen Becken, 1881.
LEVER. — Guy's hospit. Rep. Sec. ser., vol. I, 1842, p. 36.
LINTON. — Edinb. med. Journ., vol. XX.
LITZMANN. — Deutsche Klinik, 1852, p. 456.

LOCOCK. — Med. chir., Transactions XVII, 1832, p. 226.
LOMER. — Ueber Complicat. der Geburt durch Ovarian tumours. — Arch. f. Gyn., 1882, 301-320.
LUSCHKA. — Monatsch. f. Gebk, XXVII, Bd.
LYON. — Monthly Journ., déc. 1845.
MACDONALD. — Edinb. med. Journ., 1885-86, 123.
MACKINTOSH. — The Lancet, 1872, vol. I, 397.
MACLEAN. — Med. and phys. Journ., mars 1802.
MAIGNE. — Du toucher considéré sous le rapport des accouchem., 1839.
EDW. MALINS. — The Lancet, 1874, vol. I, p. 230.
MARCHAND. — Union médic., 1856, p. 131.
MARTENS. — Norsk magaz. for Laegevidenskaben, 1871.
MARTIN (E.). — Zeitsch. f. Gebh. u. Frauenkr., 1 Bd, 1 H., 22. — Eierstockswasserschwulsten, 1852, p. 35.
MARTIN. — Mém. de med., p. 291.
MARTIN (A). — Berlin. klin. Wochensch., 1878, p. 227.
MASCAREL. — Ann. de gyn., 1883, t. XX, p. 303.
MAUNOIR. — Mélange de chir. étr., Genève, t. 1, p. 41.
MEGRAT. — Ann. de gyn., 1883. — De la périton. développée pend. la grossesse.
MEINHARD. — Med. Zeitung Russl., 1850.
MEISSNER. — Frauenkrankheiten, 1845, t. II, p. 319.
MERIMANN. — Med. chir. Trans., vol. III et vol. X, 1819.
MEYER. — Jetter, p. 23.
MIGHELS. — Amer. Jour. of med. sc., 1829, t. V, p. 28.
MILNE. — Edinb. med. Journ., vol. XX, p. 143.
MÖLLER. — Hosp. tid. Kjobenhaven, 1882, 890-893.
MOELLER. — Diss. inaug., Berlin, 1869.
MOSETIG MOORHOF. — Wien. med. Wochenchsr, n° 29, 1881.
MOORMANN. — The Lancet, 1849, t. II, p. 30.
MOREAU. — Traité pratiq. des accouch., 1838, t. II.
MOREAU. — Nouveau Journ. de méd., chirurg., pharm. de Béclard, mai 1820.
MUHLBERGER. — Diss. inaug., Tubingen, 1872.
MULLER. — Diss. Munich, 1881.
MURRAY. — The Lancet, 1866, vol. II, p. 524 et Obst. Trans., vol. IX, p. 82.
NAEGELE et GRENSER. — Tr. de l'art. des accouchements, traduct. Aubenas, 2e édition, 1880, p. 583.
NEPVEU. — Ann. de gyn., t. IV, p. 14.

NICHOLAYSEN. — Norsk magazin. for Laevidenskal, 1871, 418.

NOLTING. — Thèse de Berlin, Gross. et accouch. compliqués de tumeurs ovariques.

OLDHAM. — In Jetter, p. 24.

OLIER. — Gaz. des hôp., 1872, 1140.

OLSHAUSEN. — Die Krankheiten des Ovarien, chap. XIII, p. 99.

OSTERLOH. — Arch. de toc., 1884, p. 455. — Soc. gyn. de Dresde : De la rupture des ky. ovariens.

ORMIERES. — Thèse de Par., 1880, p. 28, 38, 42.

PACKARD (J.-H.). — Obst. Gaz. Cincinnati, 1884, 3. — Case of abdom. tumour ressembling Pregnancy.

PAGENSTECHER. — Rhein Monatsch., 1849, p. 65.

PAJOT. — Ann. de gyn., 1874, t. I, p. 200. — Courr. méd. 1884.

PARK. — Med. chir. Transact., vol. II, 1813.

PARSON. — The Lancet, 1866, vol. I, p. 284.

PARVIN. — Arch. de toc., 1879. Kyste hydatique.

PASTOWSKI. — Thèse de Paris, 1867, p. 73.

PEAN. — Gaz. méd. de Par., 1880.

PEREIRA. — Journ. de méd. de Bord., 1841.

PINGAUD. — Th. de Strasb., 1863. Des ind. et contr.-ind. de l'ovariotom.

PLAIFAIR. — The Dub. quart. Journ. of med. sc., 1869, 463. — Obst. Trans., vol. IX, p. 70.

PLANTE. — Thèse de Paris, 1867, p. 73.

POLAILLON. — Rapp. à la Soc. de chir., 12 août 1885. — Ann. de gyn., t. XXV, p. 312.

POLLOCK. — The Lancet, 1862, vol. II, p. 257.

POLLOCK. — Med. Times, 13 sept. 1865.

POMMIER. — Th. de Strasbourg, 1864, quelques consid. sur les kystes dermoïdes de l'ovaire.

POWELL. — Quart. bull. Clin. Soc. New-York, 1886.

PREWITT. — Amer. Journ. of lhe med. sc., 1876, 422.

PUCHELT. — Heidelberg, 1840. Commentatio de tumoribus in pelv partum impedientibus.

RAMSBOTHAM. — British Med. chir. Review, 1832.

RHEINSTAEDTER. — Berl. kl. Woch., 1875, 303. — Diagnost. des kys. ovar. et de leur traitem.

RICKARDS. — Virchow's. Jahresb., 1874.

RITTER. — Medic. chir. Transac., vol. XI, p. 2.

RIVA. — Gazetta méd. Lombardo veneta, 1852, p. 409.

William Robbs. — Gaz. méd. de Par., 1838, p. 775.
Roger. — Obstetr. Transact., vol. XI, p. 202.
Rosner. — Przegl. lek. Krakowia, 1885. p. 333.
Ruge. — Beiträge zur Geb. u. Gyn., Bd II, 131, 1873.
P. Ruge. — Berl. klin. Woch., 1874, p. 572.
Scanzoni. — Lehrb. der Krank. der weibl. Sexualorgane, p. 582.
Schamberg. — Naboth, de Sterilitate, Lipsiae, 1707.
Schrœder. — Accouchements. Trad. franç. par Charpentier, p. 366.
Schauta. — Wien. med., Bl, 1882, 895-898.
Schrœder. — Zeitsch. f. Geburtshulfe und Gyn., 1879, p. 381.
Schüh. — Oesterr. med. Jahrb., 1844.
Schultze. — Centr. f. Gyn. Du diagn. des grosses tum. ovar., 1880, p. 1.
Schultzer.— König. Swed. Acad. der Wiss. Abhand. 1769, Bd XXXI, p. 40.
Scott. — The Lancet, 1872, vol. II, p. 323.
Scott. — The Lancet, 1872, vol. II, p. 323.
Séance de la Soc. obst. et gyn. de Berlin. — Berl. klin. Wochenschrift, 1878, p. 275.
Selig. — Hufeland's Journ., t. III, p. 271.
Sells. — Brit. med. Journ., 1883 ii 1016.
Semmelweiss. — Wien. med. Wochenschrift, 1857, II, p. 26.
Siebold. — Siebold's f. Geburtsk., t. IV, 3, 457.
Simpson. — Diseases of women., p. 461.
Sims (Marion). — Med. Times, 30 sept., 1865.
Sinety (De). — Manuel prat. de gynéc., 1879, p. 612.
Smith. — The Lancet, 1870, vol. I, p. 901.
Smythe. — The Lancet, 1883, p. 497.
Société de chirurgie, Paris, 14 juin, 1874.
Société de chirurgie, Paris, 18 mars 1885.
Société d'obstétr. d'Amériq : Annales de gyn., 1882, t. XVII, p. 398.
Spiegelberg. — Lehrb. der Geburtsh., 1877, p. 296.
Stadfeldt. — Det mekan. Misforhold under Födsel
Stahl. — Centr. f. Gyn., 1879, p. 78.
Stansbury. — Chicago med. Jour.. 1877. Cent. f. Geb. 167.
Stein. — Annalen, erstes Stück, p. 67.
Stoltz. — In Thèse Doumairon, 1868.
Sucro. — Diss. inaug. Tubingen, 1864.
Tait (Lawson). — Obstetr. Trans., vol. XIX, p. 194.
Thibaut. — Rev. medico-chir. de Par., 1847.

THOMAS (GAILLARD). — Mal. des femmes, trad. franç., p. 646.
THOMPSON. — Monthly Journ., 1845.
THORNTON. — Med. Times.
TILT. — Lond. med. Gaz., 1851. — Canstatt's Jahrb., 1851, 4, p. 301.
TOPORSKI. — Diss. Breslau, 1884.— Beitræge zur Catsuistik der Beckengeschwülste in geburtshülflicher Beziehung.
TOURMENTE. — Thèse de Paris, 1883.
TRACY. — The Lancet, vol. II, p. 58.
TREILLE. — Les tumeurs de l'ovaire considérées dans leurs rapports avec l'obstétrique. Thèse de Paris, 1873. J.-B, Baillière.
TUFFNEL. — Journ. de Dublin, t. XIII, p. 460.
TUNNELEY. — Assoc. med. Journ., 1854.
VADDY. — Oesterr. Wochensch, 1845.
VALCOURT. — Ann. de gyn., t.VIII, p. 154.
VANOTI. — Heidelberger Annalen, t. X, p. 4.
VEIT. — Berlin klin. Wochensch., 1883, p. 493. — Tortion du pedic. Ovariotom.
VELPEAU. — Accouchements, 1835, vol. II, p. 204.
VINCENT. — Lyon méd., 1883, 226, 302, 515, 583.
VITORELLI. — Uno caso di parto complicato a tumore pelvico e convulsioni. — Movimento, Napoli, 1882, 406-408.
MARY WAITE.— Thèse de Paris, 1883.
WARN. — Obstetr. Trans., vol. XI, p. 198, 1870.
WATSON. — Medic. chir. Trans., t. X, p. 66.
WASSEIGE. — Bull. de l'Ac. roy. de Belgique, t. XIX, n° 8, 1885.
WEBB. — Pathol. indica, Calcutta, 1848, p. 290.
SPENCER WELLS. — Diseases of the Ovaries, t. I, Lond. 1865.
— Medic. Times, 30 sept. 1865.
— Des tum. de l'ov. et de l'ut. Trad. Rodet. 1883, p. 400.
— Diagn. et trait. des tum. abd., trad. Keser, 1886, p. 214. — Obstet. Transact. vol. XI, p. 252.
WEST. — Med. Times and Gaz., 1859.
WIART. — Arch. de tocol., 1882, p. 428.
JOHN WILLIAMS. — The Lancet, 1876, vol. I, 381.
WILLIAMSON. — The Lancet, 1866, vol. 1, p. 253.
WILSTHIRE. — Obstetr. Trans., vol. XI, p. 202.
WITKE. — Froriep's Notizen, 1826, p. 22-24.
WOLLASTON. — The Lancet, juin 1850.
ZAGIELL. — Bull. de R. Acad. de Roma, 1881, 56-57.

TABLE DES MATIÈRES.

INTRODUCTION 1

Considérations sur les kystes de l'ovaire 5

CHAPITRE PREMIER. — Historique 16

CHAPITRE II. — Préliminaires 23

CHAPITRE III. — Kystes de l'ovaire pendant la grossesse 28

Accidents du kyste pendant la grossesse 42

CHAPITRE IV. — Kystes ovariques compliquant la grossesse 64

Pendant la grossesse 65

Pendant le travail 81

CHAPITRE V. — Diagnostic 99

Kystes situés dans l'abdomen 100

Kystes situés dans l'excavation 110

CHAPITRE VI. — Pronostic 117

CHAPITRE VII. — Traitement 122

A. — Kystes ovariques situés dans la cavité abdominale 126

Pendant la grossesse 126

Provocation de l'accouchement prématuré 127

Ponction du kyste 134

Ovariotomie 144

Pendant l'accouchement 173

B. — Kyste de l'ovaire obstruant le petit bassin 174

Traitement pendant la gestation 174

Refoulement de la tumeur 175

Ponction 177

Avortement et accouchement prématurés artificiels. 178

Incision et ovariotomie..... 183
Traitement pendant le travail 188
Refoulement..... 189
Ponction 193
Incision 196
Forceps et version..... 203
Cranotomie et opération césarienne 208

Traitement de la délivrance..... 212

Appendice..... 213

Craniotomies pendant la grossesse..... 221

Paris. — Typ. A. PARENT, A. DAVY, succ., imp. de la Faculté de médecine,
52, rue Madame et rue Corneille, 3